

PRNS

PROGRAMME

REGIONAL

NUTRITION

SANTE

ALSACE

2005-2015

PREAMBULE

Ce document est le résultat d'un travail de réflexion et de conception, auquel ont participé de très nombreuses personnes des différents secteurs d'activité concernés par la nutrition, qui s'est déroulé tout au long des années 2004 et 2005.

AVANT PROPOS

Le Programme Régional Nutrition Santé (PRNS) est le document de référence de la politique nutritionnelle régionale. Il donne le cadre et les grandes orientations dans lesquelles les promoteurs doivent inscrire leurs actions afin de tendre vers une plus grande cohérence et une plus grande synergie entre les différentes initiatives locales dans la région.

Les objectifs opérationnels du PRNS sont insérés de façon synthétique dans le Plan régional de santé publique (PRSP).

S o m m a i r e

1	<u>INTRODUCTION</u>	6
2	<u>LA SITUATION EN ALSACE</u>	6
	2.1 Les pathologies de la nutrition en Alsace	6
	2.1.1 L'obésité	6
	2.1.2 Les tumeurs	8
	2.1.3 Les maladies de l'appareil circulatoire.....	8
	2.1.4 Le diabète de type 2	9
	2.2 Les déséquilibres nutritionnels en Alsace	10
	2.2.1 Les habitudes alimentaires en Alsace	10
	2.2.2 L'activité physique.....	12
	2.3 La pression environnementale sur les comportements	14
3	<u>LA DEMARCHE D'ELABORATION DU PROGRAMME REGIONAL</u>	15
	3.1 Une réponse aux besoins régionaux de santé publique	15
	3.1.1 Un programme sur 10 ans	15
	3.1.2 Le management.....	16
	3.2 La démarche prospective en Alsace	17
	3.2.1 La méthode.....	17
	3.2.2 Les résultats de la démarche	18
	3.3 L'élaboration du programme	18
4	<u>LES OBJECTIFS</u>	19
	4.1 Axe stratégique n°1 : Développer des projets territoriaux nutrition santé en Alsace	19
	4.2 Axe stratégique n° 2 : Mener des actions en direction des enfants, des adolescents et de leurs parents	23
	4.3 Axe stratégique n° 3 : Améliorer l'offre alimentaire en restauration collective 26	
	4.4 Axe stratégique n° 4 : Dépister et prendre en charge précocement les pathologies de la nutrition	28
	4.5 Axe stratégique n°5 : Agir en direction des personnes en situation de précarité	32

4.6	Axe stratégique n°6 : Développer la communication et l'information du consommateur	34
4.7	Axe stratégique n°7 : Développer la concertation avec les entreprises agricoles, artisanales et industrielles en accord avec les recommandations du PNNS	37
5	<u>LE SUIVI ET L'ÉVALUATION</u>	39
5.1	Le cadre du suivi.....	39
5.2	Cadre de l'évaluation.....	39
	<u>LISTE DES ANNEXES</u>.....	41

1 INTRODUCTION

Les autorités sanitaires en Alsace ont décidé de faire de la nutrition l'une de leurs priorités pour les années à venir en élaborant et en mettant en œuvre un programme spécifique au cours de la période 2005-2015. L'alimentation, l'état nutritionnel et l'activité physique participent en effet de façon essentielle au développement et à l'expression clinique de pathologies très répandues dans la région telles que l'obésité, les tumeurs malignes, les maladies cardio-vasculaires et le diabète.

Face à l'ampleur de l'enjeu de santé publique et au caractère multisectoriel des facteurs sociétaux et environnementaux qui déterminent les comportements alimentaires à risque et la sédentarité, les autorités sanitaires ont décidé d'élargir la réflexion aux différents secteurs d'activité concernés en associant un grand nombre d'acteurs en dehors du champ de la santé dès la conception du programme dans une démarche participative innovante.

2 LA SITUATION EN ALSACE

2.1 Les pathologies de la nutrition en Alsace

Ces pathologies sont d'origine multifactorielle. Toute une série de facteurs (facteurs génétiques, environnementaux ; mode de vie : tabagisme, consommation d'alcool, etc.) agissent comme déterminants sur ces pathologies, dont l'alimentation et la sédentarité. Selon ses caractéristiques, le comportement alimentaire peut être un facteur favorisant ou protecteur vis à vis de l'apparition et le développement de ces pathologies. Le poids de ce facteur réside dans le fait qu'il agit sur la santé tout au long de la vie. Par ailleurs, ce déterminant concerne l'ensemble de la population.

2.1.1 L'obésité

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère aujourd'hui l'obésité comme « un contributeur majeur au poids global des maladies » en particulier du fait de l'augmentation du risque de développer un diabète, une pathologie cardiovasculaire ou un cancer.

En France la prévalence de l'obésité est estimée à 11,3% de la population adulte en 2003, soit une augmentation de 37,8% en 6 ans d'après l'enquête OBEPI (8,2% en 1997), c'est à dire une augmentation de plus de 5% par an¹.

¹ BEH N°14/2004, 30 mars 2004

Les chiffres régionaux issus de l'étude MONICA, réalisée entre 1995 et 1997 par tirage au sort d'un échantillon de la population adulte (35 à 64 ans) du Bas-Rhin, montraient déjà qu'à cette époque 20,3 % des femmes et 23,1% chez les hommes répondaient aux critères de l'obésité (contre respectivement 10,9% et 13,2 % par exemple en Haute Garonne). 42 % des personnes enquêtées avaient un surpoids ou une obésité.

En Alsace, comme ailleurs en France, l'obésité touchait alors plus fortement les personnes socialement défavorisées. Elle était deux fois plus fréquente chez les personnes les moins éduquées : 29% chez les personnes ayant un niveau d'études primaires contre 14% chez celles ayant fait des études supérieures.

Le surpoids et l'obésité progressaient avec l'âge mais déjà, entre 35 et 44 ans, les deux tiers des hommes présentaient au moins un surpoids. Cette proportion atteignait 83% entre 55 et 64 ans (67% chez les femmes)². Dans cette dernière tranche d'âge un quart des hommes et 28% des femmes étaient obèses. Ces données sont confirmées pour les personnes âgées de plus de 65 ans (enquête ALSANUT).

La nouvelle enquête en cours de réalisation, selon le même protocole, dans le département du Bas-Rhin devrait permettre de savoir si cette évolution se confirme.

Chez l'enfant, des études menées ces dernières années sur l'état de santé des jeunes scolarisés en Alsace confirment le phénomène et soulignent son expansion. Le taux de prévalence de la surcharge pondérale (surpoids ou d'obésité) chez les enfants âgés de 5 à 6 ans atteint 17,6 % dans la région (5,3% d'obèses). C'est le plus fort de France après la Corse (22,2% ; moyenne nationale : 14,5% ; région où le taux est le plus bas : 10,6%)³.

Dès cet âge, on observe en Alsace, une inégalité sociale de santé : la surcharge pondérale est deux fois plus fréquente chez les enfants d'ouvriers que chez les enfants de cadres.

L'augmentation de la prévalence est manifeste également chez les collégiens en classe de 6^{ème} : 22,7 % d'entre eux étaient en surpoids ou obèses en 2001, alors qu'ils ne représentaient que 3% il y a trente ans. Cette proportion est bien supérieure à la moyenne nationale (14 à 15%).

Selon le Baromètre Santé Jeunes 2000, 14% des jeunes de 12 à 25 ans déclarent un excès de poids, dont 6% d'obèses.

² Projet MONICA-OMS. Facteurs de risque, connaissances et comportements de prévention, modes alimentaires dans la population bas-rhinoise, Enquête en population générale 1995-1997

2.1.2 Les tumeurs

Selon certaines études, la contribution de l'alimentation dans le déterminisme des cancers serait importante : 30 à 40% des cancers chez l'homme et de 60% des cancers chez la femme seraient liés à l'alimentation⁴. Le surpoids et l'obésité pourraient rendre compte de 14% des décès par cancer chez l'homme et de 20% chez la femme (surtout pour les cancers de l'utérus, du rein et du col)⁵.

La situation alsacienne est préoccupante. La région affiche une surmortalité par cancer par rapport à la moyenne nationale (+5%) et européenne. Pour les deux sexes, cette surmortalité s'explique en partie par la fréquence des décès par cancer du côlon et du rectum (+16%, second taux le plus élevé des régions françaises). Les cancers sont à l'origine de 29 % des décès en Alsace. C'est la première cause de décès chez les hommes (34% des décès) et la deuxième chez la femme (23%). Quatre décès sur 10 avant 65 ans sont dus à un cancer.

L'incidence est parmi les plus élevées parmi les registres tenus au niveau européen. Le nombre de nouveaux cas de cancer a augmenté de 8,4% pour les hommes et de 18,1% pour les femmes en l'espace de 6 ans (1991-93 à 1997-99)⁶. Les deux registres de la région ont recensé au total environ 7 700 nouveaux cas par an sur la période 1997-1999.

Plus de 7 100 Alsaciens ont été admis chaque année en affections de longue durée (ALD) pour tumeur maligne entre 2000 et 2002. ⁷

2.1.3 Les maladies de l'appareil circulatoire

En Alsace, les maladies cardiovasculaires arrivent en deuxième position après les cancers parmi les problèmes de santé perçus comme les plus prioritaires dans la région par un panel de représentants de la société civile⁸.

³ DRESS. L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions. Les disparités régionales appréhendées au travers des bilans de santé scolaire. Etudes et Résultats, N° 250, juillet 2003.

⁴ Doll R, Peto R. J. Nat Cancer Inst, 1981, 66, 1192-1308

⁵ INSERM. Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge, septembre 2005

⁶ Ces données ont été calculées sur une période de 6 ans : 1991-1993 et 1997-1999.

⁷ ORSAL, *Diagnostic sur l'état de santé de la population alsacienne*, mai 2005.

⁸ ORSAL, Enquête sur les priorités du Programme régional de santé publique en Alsace, novembre 2005

Avec 4610 décès par an, représentant 32% de l'ensemble des décès qui leur sont liés, les maladies de l'appareil circulatoire constituent la première cause de mortalité en Alsace. Avec une surmortalité de 17% au-dessus de la moyenne nationale, la région enregistre la mortalité la plus élevée de France pour ces maladies après le Nord-Pas de Calais.

Pour autant, la situation évolue favorablement : le taux comparatif de mortalité par affections cardio-vasculaires a diminué de 28 % en 10 ans dans la région, diminution plus rapide que pour l'ensemble des causes de décès (-20%)⁹. De plus, les décès par maladie cardio-vasculaire ne surviennent que dans un cas sur dix avant l'âge de 65 ans.

Il faut toutefois noter que cette évolution est liée à une meilleure prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire et de la maladie coronarienne et qu'elle se traduit par une importante augmentation du nombre de sujets traités. De plus, ces évolutions positives actuelles pourraient être assombries dans les années à venir par l'augmentation inquiétante de la prévalence du surpoids et de l'obésité en particulier chez les enfants et les adolescents. Il est possible que les nouvelles générations, qui auront connu un excès de poids dès l'enfance, connaîtront à l'âge adulte des risques de décès bien supérieurs à ceux qu'ils sont aujourd'hui. Aux Etats Unis, où la situation nutritionnelle est beaucoup plus grave, certains scientifiques s'interrogent même sur la possibilité d'une diminution de l'espérance de vie au cours de ce siècle¹⁰.

2.1.4 Le diabète de type 2

Toutes les données disponibles indiquent que le diabète est particulièrement fréquent en Alsace. Le diabète est à l'origine de 353 décès par année dans la population alsacienne, soit 2,5% des décès. Le nombre de décès suit une augmentation importante : 27% en 10 ans¹¹.

Selon l'étude ENTRED 2001, en Alsace 3,2% des assurés du régime général seraient traités pour un diabète, taux sensiblement supérieur à la moyenne nationale (2,8%). Rapporté à la population tous régimes, ceci représenterait 55 000 personnes traitées dans la région. On peut estimer de plus, à partir de données nationales, que 5 000 à 8 000 diabétiques de type 2 sont traités uniquement par mesures hygiéno-diététiques, sans compter les sujets pour lesquels le diabète n'a pas encore été diagnostiqué¹².

⁹ ORSAL, Diagnostic sur l'état de santé de la population alsacienne, mai 2005.

¹⁰ INSERM. Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge, septembre 2005

¹¹ ORSAL, Diagnostic sur l'état de santé de la population alsacienne, mai 2005.

¹² ORSAL, Diagnostic sur l'état de santé de la population alsacienne, mai 2005.

A titre de comparaison, l'étude MONICA (réalisée en population par tirage au sort) rapportait en 1995-1997 une prévalence du diabète traité ou non (glycémie à jeun $\geq 1,4$ g/l ou diabète connu ou traité) de 7% chez les hommes et de 5,5% chez les femmes entre 35 à 64 ans.

La prévalence du diabète de type 2 a connu une progression constante qui devrait se poursuivre dans les prochaines années sous l'effet de divers facteurs, dont en particulier le vieillissement de la population, les comportements alimentaires défavorables, la sédentarité et une amélioration du dépistage¹³.

Ceci devrait avoir des répercussions sur les besoins en soins, qui vont augmenter. Déjà en Alsace, les séjours hospitaliers en soins de courte durée pour diabète sucré (4 750 séjours annuels) sont plus fréquents qu'en moyenne en France (ICH = 108). Il en est de même pour les admissions en maladie de longue durée (ALD) - taux comparatif d'admissions supérieur de 8 % - avec près de 5 100 admissions annuelles pour diabète de type 1 ou 2¹⁴.

2.2 Les déséquilibres nutritionnels en Alsace

La problématique nutritionnelle contemporaine réside pour l'essentiel à la fois dans la répartition entre les différents groupes d'aliments consommés, les déficiences en certains micro nutriments, le déséquilibre entre les apports caloriques et les dépenses énergétiques (par l'activité physique) et dans le mode de consommation (rythme alimentaire, etc.). Elle peut être accentuée par certaines spécificités culturelles, en particulier en Alsace.

2.2.1 Les habitudes alimentaires en Alsace

L'Alsace a une tradition culinaire héritée d'une double culture franco-germanique. Les spécialités locales ont la réputation de plats composés d'aliments riches en calories et d'assiettes bien garnies.

A) Chez l'adulte

Si les apports énergétiques moyens observés chez les personnes de 35 à 64 ans sont globalement proches de ceux recommandés pour la population française,¹⁵ il existe une grande variation individuelle et l'incidence élevée du surpoids constaté chez 42% des adultes témoigne bien d'une inadéquation globale des apports caloriques manifestement excédentaires par rapport aux besoins énergétiques qui diminuent régulièrement.

¹³ ORSAL, Diagnostic sur l'état de santé de la population alsacienne, mai 2005.

¹⁴ ARH. URCAM. Diagnostic partagé SROS III Alsace, décembre 2004

¹⁵ ALSANUT ORSAL 1995-1997

Par ailleurs, l'alimentation des alsaciens est caractérisée par une répartition peu satisfaisante des nutriments : l'apport lipidique est excessif - 40% de la ration calorique totale contre 35% recommandé - avec une part prépondérante des acides gras saturés (41% contre 33% recommandé) essentiellement d'origine animale et potentiellement athérogènes et une part trop faible des acides gras polyinsaturés (20% contre 33% recommandé). C'est dans ce domaine que l'alimentation régionale diffère le plus des recommandations nationales. L'apport glucidique est insuffisant avec un déficit d'apport en glucides lents assez considérable. L'apport protidique quotidien moyen est satisfaisant en apparence, toutefois la consommation de protéines d'origine animale – de haute valeur biologique mais toujours associées à un apport lipidique – est excessive (70 % contre 50% recommandé). Enfin, les apports en fibres et en calcium sont insuffisants. Ainsi globalement l'alimentation des adultes en Alsace est potentiellement athérogène et favorise la prise de poids.

Toutefois, les résultats de l'enquête réalisée entre 1995 et 1997 dans la population adulte du Bas-Rhin montre une évolution favorable de la consommation alimentaire par rapport aux résultats de la même enquête réalisée 10 ans plus tôt. Il apparaît, en effet, une amélioration qualitative de l'apport lipidique avec une réduction de la consommation des aliments apportant le plus de graisses saturées. La consommation de légumes cuits et crus va également dans le bon sens. En revanche, l'insuffisance d'apports en glucides lents et des aliments qui en sont riches reste à déplorer quels que soient l'âge et le niveau d'éducation. La nouvelle enquête en cours de réalisation, selon le même protocole, dans le département du Bas-Rhin devrait permettre de savoir si cette évolution se confirme.

B) Chez l'enfant et l'adolescent

Les enquêtes en milieu scolaire de l'ORSAL ont pu mettre en évidence que pour une majorité d'enfants âgés de 6 ans, les comportements alimentaires ne correspondent pas aux recommandations émises dans le cadre du PNNS :

- Un enfant sur quatre ne prend pas de petit déjeuner ou prend un petit déjeuner incomplet ;
- Les trois quarts des enfants ne mangent pas quotidiennement au moins un aliment de chacun des quatre groupes d'aliments suivants : féculents, légumes/fruits, viandes/poissons/oeufs, produits lactés
- la consommation importante de produits gras ou sucrés concerne près des trois quarts des enfants ;
- un enfant sur cinq grignote tous les jours en dehors des repas (le goûter étant ici considéré comme un repas).

Les résultats montrent par ailleurs que les problèmes de surpoids ou d'obésité sont plus fréquents dans les familles monoparentales et lorsqu'un membre au moins de la famille est

en surpoids. Ils confirment l'effet favorisant du grignotage et de la sédentarité chez les enfants (notamment regarder la télévision plus d'une heure par jour).

Les enfants d'ouvriers ont des comportements alimentaires particulièrement éloignés des recommandations du PNNS.

2.2.2 L'activité physique

Le niveau d'activité physique de chaque individu dépend de différents paramètres liés à ces caractéristiques personnelles, environnementales mais aussi génétiques¹⁶. Une dépense énergétique insuffisante par rapport à des apports alimentaires caloriques importants crée un déséquilibre de la balance énergétique en faveur d'une prise de poids par une augmentation de la masse grasse. Cette évolution se fait généralement sur le long terme. Un déséquilibre mineur de cette balance énergétique de l'ordre de 100kcal/jour conduit à une prise de poids annuelle de 5 kg et peut engendrer au fil du temps une obésité.

En plus de ces conséquences énergétiques, il est reconnu qu'un faible niveau d'activité physique est associé à une augmentation du risque de mortalité totale, de morbi-mortalité de cause cardiovasculaire, à une augmentation du risque d'hypertension artérielle, de diabète de type 2, de certains cancers ainsi qu'à des états d'anxiété et de dépression¹⁷.

Les recommandations actuelles en ce qui concerne le niveau d'activité physique de la population sont de pratiquer 30 minutes d'activité quotidienne de type marche rapide¹⁸. Ces recommandations visent l'état de santé en général et notamment le risque cardiovasculaire, elles ne sont pas spécifiquement adaptées à la prévention du gain de poids. Etant donné la tendance d'inactivité physique de la population, le niveau d'activité physique nécessaire à la prévention de la prise de poids est 1,5 à 2 fois plus élevé que les recommandations actuelles.

L'étude SUVIMAX a montré qu'en France 10% des hommes et 12% des femmes ne pratiquent pas d'activité physique et que presque la moitié de la population n'atteint pas le niveau de d'activité physique recommandé.

En Alsace, si plus de la moitié des adultes âgés de 35 à 64 ans (56%) savent que le sport est un moyen de réduire les risques de maladies cardio-vasculaires, seulement 32% à 47%

¹⁶ INSERM. Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge, septembre 2005

¹⁷ INSERM. idem

¹⁸ Ministère délégué à la santé, Programme national nutrition santé, 2001-2205

selon l'âge et le sexe, ont une activité sportive régulière (deux heures de sport par semaine ou plus). La proportion est plus faible chez les femmes¹⁹.

Chez les enfants et les adolescents, seule la moitié de ceux âgés de 6 à 18 ans ont une activité sportive régulière et le taux de pratique décroît avec l'âge. Il avoisine 30% pour la tranche d'âge des 19 à 35 ans. Déjà à 6 ans, plus de la moitié des enfants (56%) n'a pas d'activité physique organisée et seul un enfant sur 20 y consacre plus de trois heures dans la semaine²⁰. Seulement 15% des filles et 24% des garçons de 12 à 20 ans déclarent avoir pratiqué une activité physique intense au cours des 15 derniers jours.

En Alsace comme ailleurs, la pratique d'une activité sportive régulière augmente en fonction du niveau d'instruction (deux fois plus fréquente chez les personnes ayant un niveau d'études supérieur que chez celles ayant un niveau d'études primaire)²¹. Cette tendance se retrouve chez les jeunes alsaciens : si 80% des enfants de 9 à 10 ans pratiquent une activité sportive régulière lorsqu'ils sont issus de quartiers résidentiels, ils ne sont plus que 53% lorsqu'ils habitent en quartier d'habitat social. Les enfants d'ouvriers passent aussi plus de temps devant la télévision et moins de temps en activités physiques extrascolaires comparativement aux enfants de cadres.

Malgré l'augmentation du temps de loisirs, il apparaît que la tendance générale est à la diminution de l'activité physique faisant de l'inactivité physique - ou sédentarité - un véritable problème de santé publique²². Les activités physiques de détente sont peu développées. La consommation passive de loisirs domine (télévision, les jeux vidéo). Ainsi en Alsace, selon l'étude Baromètre santé 2000, 70 % des adolescents déclarent avoir regardé la télévision la veille de l'enquête pendant plus d'une heure, 22% pendant plus de trois heures²³.

Ces observations sont confirmées par le projet ICAPS (Intervention auprès des Collégiens centrée sur l'Activité Physique et le Comportement Sédentaire) mis en œuvre par l'Université Louis Pasteur de Strasbourg dans 8 collèges du département du Bas-Rhin et qui a pour objectif de prouver l'efficacité de mesures favorisant l'activité physique. Selon cette étude, l'activité physique est particulièrement faible en dehors du collège : un tiers des adolescents seulement se rend à pied ou à vélo à l'école ; à peine plus de la moitié (54%) pratique une

¹⁹ Enquête MONICA, 1995-1997

²⁰ ORSAL, la santé des enfants de 6 ans en Alsace, 2001-2002

²¹ Projet MONICA-OMS, Facteurs de risque, connaissances et comportements de prévention, modes alimentaires dans la population bas-rhinoise, Enquête en population générale 1995-1997

²² INSERM. Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge, septembre 2005

²³ Baromètre santé 2000 « les comportements des 12-25 ans

activité physique en dehors du collège, en association ou en club. Les adolescents consacrent en moyenne 2h30min par semaine aux activités physiques structurées en dehors de l'école, alors qu'ils passent près de deux heures par jour devant la télévision et 45 minutes par jour devant les jeux vidéos ou l'ordinateur. Pourtant globalement les adolescents ont une vision plutôt positive de l'activité physique, 65% d'entre eux souhaitent même faire plus de sport. Les obstacles les plus souvent cités sont les contraintes liées aux horaires, l'éloignement des structures ou l'absence de désir de faire de la compétition.

En ce basant sur ce constat, le projet ICAPS a réussi en moins de deux ans à augmenter l'activité physique moyenne des jeunes (par rapport à un groupe contrôle) en levant certains obstacles et en proposant des activités diversifiées sans esprit de compétition. Ainsi une meilleure compréhension des déterminants de ces comportements, tant individuels que collectifs, est un enjeu majeur pour la définition des stratégies à développer pour les modifier.

2.3 La pression environnementale sur les comportements

L'environnement nutritionnel, familial et social, les évolutions économiques et en particulier l'évolution du système alimentaire sont autant de facteurs déterminants : production intensive, distribution facilitée, préparation simplifiée, consommation désordonnée. La situation nutritionnelle actuelle est inédite. L'offre alimentaire n'a jamais été aussi abondante et permanente toute l'année. Aujourd'hui, l'environnement des consommateurs est caractérisé par l'omniprésence d'un nombre croissant de produits prêts à manger.

Mais le contexte sociologique de notre alimentation moderne est aussi caractérisé par une diminution de la transmission familiale des usages culinaires - favorisée par une certaine déstructuration du tissu familial - qui augmente la difficulté à se repérer dans un choix accru d'aliments.

Par ailleurs, l'évolution de la société est aussi à l'origine de la réduction des dépenses énergétiques (habillement, chauffage, transport, communication, développement des services, etc.). Les modifications des conditions de vie et notamment les progrès technologiques ont diminué la dépense énergétique liée aux occupations professionnelles aux travaux ménagers et aux déplacements. Le mode de vie de plus en plus urbanisé ne favorise pas l'activité physique. Il faudrait tenir compte de cette évolution dans les nouveaux plans d'urbanisation : plus d'aires de jeux pour les enfants, plus d'espaces verts, plus de pistes cyclables sécurisées, plus d'infrastructures sportives offrant des horaires et des tarifs attractifs, etc.

Finalement l'évolution des modes de vie a entraîné une augmentation du coût de la dépense énergétique (inscription à un club de sport ou de fitness ou coût de l'équipement si

Programme régional nutrition santé Alsace 2005-2015

nécessaire par exemple) et une diminution du coût de la consommation de calories. La baisse du prix des aliments a entraîné une multiplication des prises alimentaires or les prises alimentaires en dehors des repas est à l'origine, en grande partie, de l'augmentation des calories ingérées.

Les facteurs psychologiques influencent aussi le comportement alimentaire qui est très sensible aux émotions et au stress. L'anxiété et la dépression peuvent entraîner des impulsions alimentaires et tous les individus ne réagissent pas de la même façon à cet environnement saturé d'aliments. Certains individus éprouvent des difficultés à se contrôler.

Ainsi les déterminants des comportements alimentaires et de la sédentarité sont complexes et intriqués. Leur prise en considération est essentielle dans l'élaboration des stratégies d'intervention.

Face à l'ampleur et à la complexité du phénomène, différents rapports soulignent l'importance de développer une approche globale large et interdisciplinaire, prenant en compte de façon concertée le caractère multifactoriel des comportements, combinant information, responsabilisation et interventions socio-environnementales voire réglementaires, avec un équilibre entre les efforts demandés aux individus et les actions structurelles et environnementales²⁴.

Il s'agit donc de sensibiliser, de former et d'impliquer de nombreux acteurs tels que les élus, les acteurs du système de santé et du système scolaire, les acteurs économiques (filrière agroalimentaire, restauration collective, communication et loisirs) ainsi que les acteurs de la société civile et les parents. C'est cette conviction qui est à l'origine de la démarche adoptée tout au long de l'élaboration du programme régional nutrition santé.

3 LA DEMARCHE D'ELABORATION DU PROGRAMME REGIONAL

3.1 Une réponse aux besoins régionaux de santé publique

3.1.1 Un programme sur 10 ans

Depuis 1995, les Conférences régionales de santé (CRS) d'Alsace ont affirmé la nécessité de prendre en compte les habitudes alimentaires en tant que déterminant de santé pour la

²⁴ INSERM. Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge, septembre 2005

population de la région. Un volet nutrition a été développé dans différents programmes régionaux (programme de prévention des maladies cardio-vasculaires, programme régional d'accès aux soins pour les personnes défavorisés, programme de lutte contre le cancer). A partir de 2001, la DRASS d'Alsace a intégré, dans l'appel à projets régional, les priorités et les axes stratégiques définis par le Programme national nutrition santé²⁵.

Ainsi, différentes actions concernant la prévention ou la prise en charge des pathologies de la nutrition ont ainsi été financées (Cf. annexe n°3). Cependant, mis à part quelques exceptions, ces actions ont été le plus souvent ponctuelles, développées sur l'initiative de personnes motivées mais sans cohérence d'ensemble au niveau de la région.

Face à l'ampleur de l'enjeu de santé publique que représente le déterminant nutrition pour la région et à la complexité du problème, les autorités régionales ont alors décidé en octobre 2003 le lancement d'un programme régional nutrition santé (PRNS), dont la phase de mise en œuvre s'étendra de 2005 à 2015. La décision de le développer sur une décennie, souligne clairement la prise en compte politique de la nécessité d'agir sur le long terme pour obtenir des modifications des comportements et du caractère prioritaire de ce déterminant dans la politique régionale de santé publique.

3.1.2 Le management d'élaboration de programme

L'élaboration du programme régional a été confiée aux services de l'Etat – DRASS et DDASS du Haut-Rhin – et à la Mutualité Française Alsace (MFA), copilote du programme, dont la nutrition est également l'un des axes majeurs d'intervention dans le cadre de sa programmation.

Un groupe projet est en charge de la coordination des travaux. Il est constitué de sept membres (agents de l'Etat et de la MFA).

En ce qui concerne le pilotage du programme, un comité regroupe les représentants de différentes institutions régionales et nationales :

- La DRASS et la DDASS du Haut-Rhin ;
- La Mutualité Française : MFA, Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) ;
- Les caisses d'assurance maladie : CRAMAM, Régime Local d'Assurance Maladie Alsace Moselle, URCAM ;
- Le Conseil Général du Bas-Rhin ;

²⁵ Pour plus de détails sur le PNNS : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/34_010131.htm

- L'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace – URMLA ;
- La Faculté de Médecine de Strasbourg ;
- L'Académie de Strasbourg ;
- Le Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg.

La mission de ce comité de pilotage est la validation et le suivi des travaux du groupe projet.

En dernière instance, les avis du comité de pilotage sont présentés au CRPS, qui donne ou non son aval quant aux orientations et à la mise en œuvre du programme.

Les promoteurs du programme conscients que le secteur de la santé ne peut parvenir à lui seul à infléchir la situation nutritionnelle dans la région, ont décidé de décloisonner la réflexion et d'impliquer la société civile (élus, secteur économique, secteur associatif, monde l'éducation, etc.) dès la conception du programme. Leur hypothèse est que les acteurs des différents secteurs d'activité (industries agroalimentaires, associations, professionnels de la santé, etc.) peuvent se mettre d'accord sur un projet commun, bien qu'ils aient des intérêts différents, à condition de les associer dès le début de la conception et de les inviter à porter leur regard loin dans le futur. Pour cette raison, le groupe projet a décidé d'utiliser la méthode des « ateliers-scénario ».

3.2 La démarche prospective en Alsace

3.2.1 La méthode

La méthode des « ateliers-scénario » est une méthode prospective et participative qui vise à associer un grand nombre d'acteurs concernés par une problématique.

Cette démarche, soutenue par la Direction Générale de la Santé (DGS), la Société Française de Santé Publique (SFSP), ainsi que la FNMF, a été encadrée par un consultant extérieur spécialiste des méthodes prospectives. Les différentes étapes du processus se sont succédées tout au long de l'année 2004 et jusqu'au débat public régional qui s'est tenu à la fin du mois de novembre de la même année à Strasbourg (Cf. annexe n°4).

La méthode des ateliers « scénario » fonctionne sur le principe suivant : il s'agit d'obtenir l'adhésion et la participation active d'une variété d'acteurs provenant de l'ensemble des secteurs d'activité concernés. Puis, à partir des données actuelles qui caractérisent la région, il s'agit de construire ensemble quelques scénarii envisageables de la situation nutritionnelle en Alsace à l'horizon d'une dizaine voire d'une quinzaine d'années. Ces scénarii servent ensuite de support de réflexion et de confrontation d'idées, pour dégager des priorités et des stratégies d'actions consensuelles pour les années à venir. La démarche permet alors de partager entre acteurs une vision commune des enjeux, de créer ainsi plus

de confiance autour des propositions communes et de donner un élan régional pour l'élaboration et la mise en œuvre du programme.

3.2.2 Les résultats de la démarche

Il ressort de cette démarche les éléments suivants :

- 1) Le modèle esthétique dominant de minceur aurait l'influence la plus importante parmi les facteurs déterminant les comportements alimentaires et donc l'état nutritionnel de la population.
- 2) Sans intervention pour freiner l'évolution actuelle, le fossé entre la santé nutritionnelle des riches et celle des pauvres risque inexorablement de se creuser. Il faut donc veiller à maintenir et renforcer les actions existantes en faveur des personnes en situation de précarité.
- 3) 7 axes stratégiques d'intervention ont été dégagés :
 1. L'éducation et les actions envers les jeunes
 2. La communication et l'information du consommateur – la recherche et le développement
 3. L'accessibilité économique et la précarité
 4. Les projets territoriaux de santé
 5. La restauration collective
 6. La formation des intervenants
 7. Le dépistage et la prise en charge globale des pathologies de la nutrition

Pour chacun de ces axes stratégiques, des actions prioritaires et des principes d'intervention ont été proposés. Ils ont représenté la base de travail des groupes de travail qui ont été constitués pour approfondir chacun de ces axes.

3.3 L'élaboration du programme

Chaque groupe a eu pour mission principale de définir, pour le thème dont il avait la charge, une stratégie, des objectifs et des actions prioritaires à mettre en œuvre, à partir d'un diagnostic régional.

Les groupes ont remis leur production au mois de juillet au groupe projet qui en a fait la synthèse (Cf. annexe n°5). Cette synthèse constitue le contenu du programme en terme de stratégies, d'objectifs et d'actions. Elle a été présentée au mois de novembre au groupe technique (constitué des différents animateurs et du groupe projet) puis au comité de

pilotage le 5 décembre 2005. Enfin le CRPS a validé l'ensemble du document du programme le 22 décembre 2005.

4 LES OBJECTIFS

4.1 Axe stratégique n°1 : Développer des projets territoriaux nutrition santé en Alsace

A) Constats

Les recommandations récentes en matière de prévention de l'obésité soulignent l'importance d'agir sur l'environnement immédiat ou « niche écologique » des publics ciblés pour réduire la pression environnementale des facteurs qui génèrent une sédentarité croissante et l'excès de consommation calorique ²⁶.

En effet, il apparaît désormais essentiel de développer **de nouvelles approches qui ne soient pas uniquement centrées sur l'information et l'éducation** des individus, qui améliorent les connaissances, mais n'ont qu'un effet très limité sur les comportements ou la corpulence. Ces approches doivent comprendre aussi des modifications de l'environnement sociétal (culturel, politique, réglementaire, physique et structurel) qui favorisent l'activité physique et des choix alimentaires appropriés.

Ceci requiert une **approche multisectorielle, intégrée** et concertée avec l'implication de nombreux acteurs institutionnels et non institutionnels, associatifs et économiques (pouvoirs publics, professionnels de santé, établissements scolaires, mais également structures en charge du périscolaire, collectivités territoriales, industrie et commerce, associations, média).

Dans ce contexte, le développement d'actions de proximité coordonnées au niveau de territoires apparaît comme une stratégie pertinente. Le territoire est compris ici comme l'entité géographique correspondant à une commune, un pays, une communauté de communes, d'agglomération ou urbaine. Les municipalités et les groupements de communes, par leur statut d'institutions publiques gage d'un discours désintéressé, par la grande proximité de leurs services, par leurs compétences réglementaires, détiennent à la fois une réelle crédibilité auprès des populations, les leviers politiques nécessaires à des actions multisectorielles, cohérentes et coordonnées et des moyens adaptés pour contribuer

²⁶ Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge. Inserm, septembre 2005.

à créer un environnement favorable à une bonne alimentation et une activité physique suffisante.

Par ailleurs, le développement de projets territoriaux de prévention nutrition santé peut contribuer à réduire les inégalités géographiques de santé. Dans un rapport intitulé « santé, économie et territoire », remis en février 2004 à la Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale (DATAR), les auteurs soulignent qu'en ce qui concerne la nutrition comme déterminant de la santé, si « la standardisation, l'homogénéisation des habitudes et des pratiques alimentaires des Français n'est guère contestable », « elle n'a pas gommé pour autant des spécificités régionales voire locales ». « Il serait alors curieux qu'elles ne pèsent pas de façon variable sur l'état de santé des populations, ici ou là ».

De plus, « les variations de l'état de santé des différents territoires ne sont pas dues, pour l'essentiel, à une variation des pratiques médicales, mais à ce qui touche au domaine de la prévention ». Ainsi la « prévention, plus que toute autre composante de la politique de santé, devrait être territorialisée »²⁷.

B) Stratégie

Pour développer ces projets territoriaux de nutrition santé, les municipalités et les groupements de communes peuvent s'appuyer sur différents dispositifs existants :

- La charte des « Villes actives du PNNS », par laquelle les villes signataires s'engagent à devenir un acteur actif dans le domaine de la nutrition en mettant en œuvre des actions sur son territoire avec l'appui (outils, conseils) des promoteurs du programme au niveau régional ou national.
- Le réseau des « Villes Santé » de l'Organisation mondiale de la santé qui favorise l'établissement de coopérations inter institutionnelles, notamment avec l'Etat, dans lesquelles les villes s'engagent à renforcer la prise en compte intersectorielle des problèmes de santé publique sur leur territoire.
- L'élaboration, au titre de l'aménagement du territoire par les organisations intercommunales, de projets de développement économique, social et culturel, qui peuvent comporter un volet sanitaire.
- L'établissement de contrats entre l'Etat et les territoires de proximité, qui bénéficient d'une fonction d'ingénierie de projet et de fonds particuliers, qui ont vocation à soutenir

²⁷ Santé, économie et territoire, étude exploratoire, Jean de Kervasdoué, Jean Marc Macé, Henri Picheral, Rapport à la DATAR, Février 2004

des interventions de santé publique (« ateliers santé ville » de la politique de la ville, « démarches locales partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre des projets territoriaux de développement » mises en places sous l'égide de la DATAR²⁸). Ces « territoires de projet » constituent une opportunité pour développer des projets locaux répondant aux besoins perçus par les professionnels, les associations et la population. Ils offrent un cadre favorable au **développement de réseaux d'acteurs professionnels et associatifs susceptibles de conjuguer et de décloisonner les outils et les moyens** de chaque secteur (sanitaire, social et médico-social mais aussi transport, éducation...) afin de mieux répondre aux besoins de prévention et de promotion de la santé par une **bonne coordination des intervenants**.

En dehors de ces dispositifs, les villes d'une certaine ampleur peuvent s'appuyer sur leurs services municipaux qui, grâce à des personnels référents sociaux, animent souvent des quartiers, côtoient des groupes variés et exercent des missions multiples (activités scolaires et périscolaires, restauration collective, animations sportives, aide à domicile, concertation avec les associations, etc.).

Ainsi, les municipalités et les groupements de communes peuvent contribuer, par des actions très diverses, cohérentes et coordonnées, compatibles avec leurs ressources, à clarifier la « cacophonie alimentaire » et à créer un environnement favorable à une bonne nutrition.

Les résultats positifs obtenus par certaines villes doivent permettre à de nouvelles collectivités de découvrir l'intérêt de **développer des actions cohérentes et concertées dans le cadre d'un projet nutrition santé sur leur territoire** avec l'appui des pouvoirs publics.

C) Objectifs

a) Objectif à long terme

Créer, dans le plus grand nombre de territoires de la région, les conditions environnementales (niches écologiques) favorables à une activité physique suffisante et une consommation alimentaire adaptée aux besoins des populations, en particulier des enfants et des adolescents.

b) Objectifs intermédiaires :

²⁸ Circulaire du 16 avril 2003 relative à l'expérimentation de démarches locales partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre des projets territoriaux de développement.

- Susciter l'émergence de projets territoriaux nutrition santé
- Apporter un appui méthodologique aux initiatives locales dans l'élaboration et la mise en œuvre de projets
- Développer des projets territoriaux nutrition santé pilotes et les évaluer
- Multiplier les projets territoriaux sur la base des expériences positives

D) Actions

a) *A mener au niveau de la région :*

- Réaliser une étude pour identifier les territoires les plus marqués par les pathologies liées à la nutrition (surmortalité) ;
- Sensibiliser les maires (entretiens ou interventions lors des assemblées générales des associations de maires) – inciter les municipalités à l'obtention du label « villes actives du PNNS » - identifier les territoires volontaires ;
- Proposer un soutien méthodologique aux démarches territoriales, proposer des modalités de coordination (définition du rôle de l'animateur, formation et promotion de ce nouveau métier²⁹)

b) *A mener au niveau des territoires*

- Réaliser un état des lieux sur les territoires identifiés (identification des problèmes et des cibles prioritaires, des actions déjà réalisées ou en cours, des acteurs et secteurs concernés, des ressources disponibles, des axes d'intervention et des modes de collaboration...) ;
- Former les acteurs impliqués pour favoriser leur appropriation de la démarche ;
- Elaborer et mettre en œuvre le projet territorial

²⁹ Premières assises de la « santé, de l'action sociale et des territoires », 25-26 janvier 2005, Tours.

4.2 Axe stratégique n° 2 : Mener des actions en direction des enfants, des adolescents et de leurs parents

A) Constats

L'enfance et l'adolescence sont des étapes déterminantes pour l'acquisition de comportements alimentaires favorables à la santé et au développement de l'activité physique. Cependant l'acquisition de ces comportements dépend largement de l'environnement sociétal immédiat dans lequel évoluent les individus. Celui-ci aujourd'hui n'est pas favorable. En effet, les caractéristiques sociales, culturelles et environnementales de notre société - que les populations des pays industrialisés considèrent aujourd'hui comme « normales » - contribuent collectivement à l'augmentation de l'obésité. Aujourd'hui, notre société est structurée de telle sorte que les individus n'ont, le plus souvent, pas besoin d'être physiquement actifs au cours d'une journée habituelle. L'urbanisation favorise la dépendance vis-à-vis de la voiture et décourage l'utilisation de modes de transport actifs. D'un autre côté, l'évolution de l'offre de loisirs (télévision, jeux vidéo...) encourage les comportements inactifs et augmente la vulnérabilité des individus face à la prise de poids.

Par ailleurs, nous vivons dans un contexte d'abondance alimentaire. Certaines caractéristiques de l'alimentation « moderne » (densité énergétique élevée, composition nutritionnelle, taille des portions) associées à une offre surabondante et à la disponibilité en tout lieu et à toute heure d'aliments variés, prêts à être consommés favorisent des apports énergétiques excessifs.

Il est dès lors évident que la compréhension de ce qui favorise l'obésité et, par voie de conséquence, la mise en place de stratégies de prévention efficaces, ne peut se limiter à prendre en compte les facteurs personnels (génétiques, psychologiques voire éducatifs ou cognitifs) mais impose de considérer le contexte, « la niche écologique », dans lequel l'enfant ou l'adolescent évolue : le milieu familial, l'environnement scolaire et périscolaire, mais aussi de façon plus large la cité et la société.

De ce point de vue, les dispositions de la loi de santé publique du 9 août 2004 interdisant les distributeurs automatiques de boissons et produits alimentaires payants dans les écoles et obligeant les publicitaires à mettre un message à caractère sanitaire sur leurs produits vont dans le bon sens.

De même, la circulaire du 25 juin 2001 du ministère de l'éducation nationale, qui vise à améliorer à la fois la qualité nutritionnelle des repas servis dans les restaurants scolaires, à installer des fontaines à eau et à promouvoir une éducation nutritionnelle à l'école, est une autre avancée dans ce domaine. Cependant, ces mesures sont encore trop peu mises en œuvre.

Par ailleurs, les études de prévention contrôlées sont peu nombreuses mais démontrent qu'il est possible de prévenir la prise de poids et de limiter ses comorbidités par des stratégies visant à modifier le style de vie, c'est-à-dire **à la fois l'activité physique et l'alimentation**. Le projet ICAPS dans le Bas-Rhin par exemple, a montré qu'il est possible d'agir sur l'activité physique et l'état nutritionnel des jeunes par la **création de conditions favorables** en milieu scolaire et extrascolaire.

B) Stratégie

Les axes stratégiques à promouvoir sont les suivants :

- **Développer des projets intégrant différentes actions cohérentes et coordonnées**, menées par différents partenaires, **visant à modifier l'environnement familial, scolaire et périscolaire des enfants et des adolescents**, en levant les obstacles limitant leur activité physique, en proposant une offre alimentaire adaptée à leur besoin et en suscitant des choix alimentaires appropriés
- **Développer, selon une approche multisectorielle et concertée, des actions s'intégrant dans des projets initiés sur des territoires** (communes, pays, communautés de communes) et contribuant aux modifications de l'environnement sociétal (réglementaire, physique, structurel, organisationnel, culturel) favorisant l'activité physique et des choix alimentaires recommandés

C) Objectifs

a) Objectifs à long terme

- Infléchir l'augmentation de l'obésité chez les jeunes et combattre la sédentarité, qui est un facteur de risque dès l'enfance
- Augmenter le nombre d'enfants et d'adolescents qui atteignent les recommandations en termes d'activité physique
- Augmenter le nombre d'enfants et d'adolescents, dont la consommation alimentaire correspond aux repères du PNNS

b) Objectifs à moyen terme

- Augmenter l'accessibilité et l'utilisation effective des aires de jeux et de loisirs, des voies pédestres et pistes cyclables ;
- Favoriser la fréquentation et améliorer l'offre alimentaire dans toutes les structures accueillant des enfants et des adolescents (crèches, restaurants scolaires, centres de loisirs...)

D) Actions

Les projets à développer devront intégrer des actions portant sur les points suivants :

- L'information et les échanges avec les parents leur permettant de prendre conscience du problème (sédentarité / alimentation), d'identifier les obstacles et de développer des stratégies (pédibus, opportunités de jeux, etc.) ;
- Le développement sur un territoire de dispositifs cohérents pour rendre l'activité physique plus facile et les infrastructures plus accessibles (coût, horaires, organisation, culture) : activités sportives périscolaires encadrées, aires de jeux et de loisirs, pistes cyclables, chemins piétons, accès piétons ou cyclistes sécurisés aux établissements scolaires...
- La formation, par territoire, des personnels encadrant les enfants et les adolescents lors des repas et pendant le temps scolaire ou périscolaire (animateurs, personnel municipal, assistantes maternelles, éducateurs, enseignants, personnel de l'Education Nationale, etc.) ;
- L'accompagnement et le soutien aux responsables territoriaux de l'organisation du temps périscolaire (offre en terme d'activité physique, réglementation favorisant l'activité physique...)
- Une offre alimentaire attrayante et accessible (coût, culture, etc.) qui soit en cohérence avec les recommandations du PNNS dans les différentes structures accueillant des enfants et des adolescents au moment des repas et en dehors des repas (crèches, restaurants scolaires, centres de loisirs, accueil périscolaire, milieu sportif, etc.) ; (Cf. restauration collective) ;
- La diffusion, en direction des parents, de conseils alimentaires et d'activité physique simples, non stigmatisants et non culpabilisants, cohérents et adaptés au contexte culturel des familles, de façon à ce qu'ils puissent facilement se les approprier ;
- La promotion de l'allaitement maternel auprès des femmes, des familles et des professionnels de la naissance ;
- L'installation des fontaines d'eau dans toutes les structures accueillant des enfants et des adolescents ;
- L'inscription de la nutrition dans le projet d'établissement des établissements scolaires en intégrant les différentes possibilités d'action (restauration scolaire, activité physique, projets éducatifs, etc.).

4.3 Axe stratégique n° 3 : améliorer l'offre alimentaire en restauration collective

A) Constats

On estime que les français consomment chaque année en moyenne 100 repas en dehors de leur foyer, dont un peu plus de la moitié dans le cadre de la restauration collective³⁰.

En ce qui concerne les enfants, environ un sur deux serait concerné par la restauration scolaire et on estime à environ 140 le nombre de déjeuners pris dans l'année par chaque élève dans le cadre scolaire. La part des repas en collectivité est donc importante surtout chez les enfants. Cependant, elle n'est pas suffisante pour permettre d'équilibrer l'ensemble de l'alimentation.

Ceci est d'autant plus vrai pour les adolescents qui fréquentent moins souvent les restaurants scolaires que les élèves plus jeunes, en particulier dans les zones d'éducation prioritaire (ZEP), et qui sont attirés par l'offre de restauration disponible à l'extérieur des établissements.

En effet, il est désormais admis que la fréquentation de la restauration scolaire est un facteur favorable à l'équilibre alimentaire des enfants jusqu'à 11 ans, période pendant laquelle l'enfant n'a généralement pas le choix de son menu. Après 11 ans, les enfants reproduisent au restaurant scolaire (self-service) les choix habituels faits à l'extérieur³¹.

Cependant, si le restaurant scolaire est un facteur favorable à l'équilibre alimentaire, lorsqu'il n'y a pas le choix du menu, il n'en demeure pas moins que globalement, en restauration collective l'équilibre nutritionnel est encore un paramètre peu important comparativement au coût des denrées et au comportement du consommateur. Soumis à de fortes contraintes économiques et souvent peu formés sur le plan nutritionnel, certains responsables de restauration collective et plus particulièrement ceux de la restauration scolaire et universitaire, ont tendance à acheter les produits alimentaires les moins chers du marché qui ont souvent une moindre valeur nutritionnelle³².

B) Stratégie

- Favoriser le développement d'actions sur les territoires, où des projets « nutrition santé » sont initiés, pour renforcer la synergie des actions mises en œuvre ;

³⁰ ³⁰ Haut Comité de la Santé Publique. *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France*, juin 2000.

³¹ CNA. Avis n°47 adopté le 26 mai 2004 sur la restauration scolaire révisant les avis antérieurs du CNA

- Agir de façon préférentielle en direction des enfants et des adolescents afin de contribuer à développer une « niche écologique » favorable à l'adoption des comportements alimentaires appropriés ;
- Agir sur l'environnement pour rendre le cadre des restaurants collectifs plus attrayant et plus convivial (disposition architecturale, places modulables, bruit, aspect et goût des aliments) et pour favoriser ainsi leur fréquentation ;

C) Objectifs

a) *Objectif à long terme*

Développer une offre alimentaire en restauration collective qui soit attrayante et qui respecte les repères de consommation du programme national nutrition santé (PNNS)

b) *Objectifs intermédiaires*

- Accompagner et soutenir les responsables de la restauration collective au niveau des territoires (formation, cahier des charges, label qualité, choix des prestataires de service, etc.)
- Faire respecter la réglementation ou les cahiers des charges dans les structures de restauration collective (restauration scolaire)

D) Actions

- Evaluer le respect de la réglementation et des cahiers des charges dans les structures de restauration collective (restauration scolaire , restaurants universitaires, etc.) : durée du repas, contenu des menus et des plats, respect des cahiers des charges par les fournisseurs, formation du personnel, présence de distributeurs de boissons sucrées, de fontaines d'eau, etc.
- Sensibiliser les responsables de la restauration collective (élus, directeurs d'entreprises, gestionnaires des établissements scolaires et des centres de formation, directeurs de sociétés de restauration collective, de maisons de retraite, d'établissements pénitentiaires) sur l'importance d'une offre alimentaire favorisant l'adoption de comportement alimentaire approprié aux besoins du consommateur, comme élément essentiel d'une politique nutritionnelle locale cohérente ;

³² Idem 1

- Former les gestionnaires, acheteurs des denrées sur les bases d'une alimentation équilibrée, le choix des produits, les filières d'achat, etc.
- Sensibiliser et former les équipes de la restauration collective aux recommandations du PNNS dans le cadre de la formation continue ;
- Elaborer et diffuser des outils permettant d'établir une comptabilité « nutritionnelle » des repas servis et de mesurer l'écart entre le menu théorique proposé et celui réellement consommé (disponibles dans les grandes sociétés de restauration mais inexistantes dans la plupart des collectivités publiques³³) ;
- Etudier la possibilité de mettre en place une structure de conseil téléphonique diététique départementale ou régionale pour les petites municipalités intéressées ;
- Elaborer et diffuser des cahiers des charges adaptés à chacun des publics concernés ;
- Tester des actions ponctuelles expérimentales visant une plus grande accessibilité des produits alimentaires, dont on veut favoriser la consommation (ex. fruits gratuits ou à moindre coût) par l'évaluation des effets de l'action sur la consommation effective de ces produits.
- Favoriser l'accès à la restauration scolaire des enfants de familles en difficulté socio-économiques (information sur l'existence du fonds social de restauration scolaire, paiement des repas au trimestre, voire plus dans un cadre expérimental bien défini, etc.) ;
- Intégrer la restauration scolaire dans les projets éducatifs d'établissement.

4.4 Axe stratégique n° 4 : Dépister et prendre en charge précocement les pathologies de la nutrition

A) Constats

a) *Surcharge pondérale*

³³ Haut Comité de la Santé Publique. *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France*, juin 2000.

En Alsace, le dépistage et l'accompagnement des personnes en surcharge pondérale restent insuffisant aussi bien dans le monde scolaire, que dans celui de l'entreprise ou dans la population générale.

Même si, en milieu scolaire, un examen médical obligatoire est réalisé chez les enfants en dernière année de l'école maternelle, suivi d'un dépistage de l'obésité en classe de CE2, puis au collège en 6^{ème} dans le Haut-Rhin, les professionnels de santé scolaire s'estiment actuellement ni suffisamment formés, ni suffisamment nombreux pour apporter les conseils nutritionnels et comportementaux adaptés à chaque enfant dépisté et à ses parents³⁴.

Les modalités de la prise en charge de l'obésité et de ses complications - syndrome métabolique et maladies cardiovasculaires mais aussi autres pathologies ayant des implications fonctionnelles importantes telles que les maladies respiratoires et musculosquelettiques - sont encore insuffisamment connues et mises en œuvre par les professionnels de santé. L'IMC n'est pas encore utilisé de façon systématique pour le repérage des personnes en surpoids. Les médecins libéraux (généralistes, pédiatres) n'ont pas souvent la disponibilité suffisante, voire la formation, pour assurer le suivi et l'éducation nutritionnelle auprès des patients dépistés. Les médecins du travail, comme les médecins scolaires ou de PMI, font le dépistage mais pas le suivi. Ils adressent les personnes aux médecins traitants.

Les professionnels de santé interrogés souhaitent pouvoir s'appuyer sur des lieux ou structures de proximité permettant un accompagnement des personnes dépistées (prise en charge psychologique, diététique, conseil sur l'activité physique, etc.). Une telle offre devrait être conçue en proximité car dans certaines vallées les gens ne se déplacent pas vers un centre urbain pour aller consulter et probablement encore moins pour une prise en charge nutritionnelle et d'activité physique. Cette approche permet par ailleurs de mieux prendre en compte l'environnement dans lequel évolue le patient.

Plusieurs expériences intéressantes et innovantes de prise en charge des personnes obèses sont développées dans d'autres régions : expérience du Val de Marne, réseaux REPOP de prise en charge des enfants obèses, réseaux de prise en charge d'adultes obèses en Meurthe et Moselle et en Haute-Garonne, etc. Cependant, celles-ci sont actuellement en cours d'évaluation.

Face aux besoins importants et toujours croissants (20% d'obèses de 35-64 ans, 5 à 6% d'obèses chez les enfants et adolescents), la région ne peut se contenter d'attendre de savoir si ces nouveaux modes de prises en charge sont efficaces. Les services hospitaliers

³⁴ un protocole d'éducation nutritionnelle est cependant en cours d'élaboration et un plan de formation est prévu dans le Haut-Rhin

spécialisés sont submergés. Le programme doit permettre de tester des modes d'organisation pour structurer l'offre de soins dans ce domaine en particulier en médecine de ville en articulation avec l'hôpital et avec les centres de référence pour la prise en charge des obésités très sévères. Dans ce domaine, des expériences menées en Grande-Bretagne ont donné des premiers résultats tout à fait encourageants

b) Dénutrition des personnes âgées

Concernant la dénutrition, les personnes âgées sont les plus touchées parmi les personnes non malades. Leur dépistage se révèle insuffisant, le problème étant trop souvent méconnu des professionnels de santé ou des autres intervenants (aide à domicile, portage de repas, etc.) qui sont quelquefois démunies face au conseil nutritionnel à donner et qui ne disposent pas d'outils adaptés.

B) Stratégie

Les actions s'intégrant dans un projet global territorial "nutrition santé" seront privilégiées.

C) Objectifs

a) Objectifs à long terme

- Améliorer le dépistage et la prise en charge des personnes en surcharge pondérale, enfants et adultes
- Améliorer le dépistage des personnes âgées dénutries à domiciles et en institution
- Développer des modes de prise en charge innovants en vue de réduire les éventuelles complications liées aux pathologies de la nutrition et améliorer leur prise en charge.

b) Objectifs intermédiaires

- Inciter les professionnels de santé (médecins traitants) à prendre en compte la dimension nutritionnelle dans la prise en charge et le suivi de certaines pathologies.
- Développer l'accompagnement des patients au travers d'actes collectifs ou individuels portant sur la prévention, l'éducation thérapeutique et l'information sur les traitements et l'offre de soins.
- Favoriser l'articulation entre ces modes de prises en charge, les réseaux de soins et les structures spécialisées pour la prise en charge de l'obésité prenant en compte le stade évolutif de la maladie et ses déterminants.

D) Actions

a) *Surcharge pondérale*

- Sensibiliser les professionnels de santé de l'éducation nationale au repérage des enfants ou adolescents présentant un excès de poids pour s'assurer qu'ils sont bien pris en compte dans les mesures de prévention (information aux parents, activité physique, etc.) ;
- Sensibiliser et former les professionnels de santé au dépistage et à la prise en charge des personnes présentant un excès de poids (y compris le dépistage des complications de l'obésité modérée : syndrome métabolique chez l'adulte ou autres complications) et promouvoir le démarchage de visiteurs médicaux spécifiques auprès des médecins généralistes sur cette problématique. Fournir à tous ces professionnels formés des outils adaptés (guide pour les consultations nutritionnelles, outils PNNS, etc.) ;
- Identifier et sélectionner les structures possibles existantes pour la prise en charge des personnes dépistées. Ce suivi pourra être assuré par des structures d'éducation thérapeutique ou des professionnels de santé libéraux, avec l'appui des associations.
- Tester et évaluer sur des zones limitées (territoires) ces modes d'organisation innovants pour la prise en charge de l'obésité modérée (structures, réseaux, etc.) coordonnée par les médecins libéraux.
- Favoriser l'articulation avec des structures de soins plus particulièrement impliquées dans la prise en charge des obésités massives et la mise en œuvre de thérapeutiques spécifiques.

b) *Dénutrition des personnes âgées*

Sensibiliser et former les professionnels de santé et les intervenants auprès des personnes âgées qu'elles soient à domicile (SSIAD, structures d'aide à domicile, services de portage de repas, HAD, etc.) ou dans les maisons de retraite et les foyers logement au dépistage précoce de la dénutrition et au conseil nutritionnel

4.5 Axe stratégique n°5 : Agir en direction des personnes en situation de précarité

A) Constats

Les populations en situation de précarité n'accèdent pas, dans leur grande majorité, à une alimentation leur permettant d'atteindre un état nutritionnel favorable à la santé ; elles présentent une fréquence plus élevée de déficiences vitaminiques et minérales, du fait notamment de comportements alimentaires spécifiques : faible consommation de fruits et de légumes et de poissons, consommation importante de produits sucrés et d'aliments de forte valeur énergétique, manque de variété des repas et sauts de repas selon les fluctuations des ressources.

Or, s'il existe des freins financiers pouvant expliquer cette situation défavorable – il n'est pas facile de se nourrir correctement quand on dispose de ressources limitées, voire quand on est à la rue -, d'autres éléments y contribuent : on observe, d'une part, des carences importantes en terme de savoir-faire culinaires et, d'autre part, une propension à désinvestir les notions de convivialité et de plaisir associé à l'alimentation du fait des contraintes multiples liées à la précarité.

Pour les professionnels et les bénévoles impliqués dans l'aide aux populations en difficultés, l'alimentation représente un enjeu fort en cela qu'elle permet d'aborder la question sous-jacente de l'écoute et de la reconnaissance des individus, qu'elle favorise une approche de la santé dans sa globalité et qu'elle peut constituer un levier favorisant la réinsertion. Le traitement de cette question est d'autant plus complexe qu'il suppose un travail sur l'environnement des personnes, dont les besoins fondamentaux sont rarement comblés.

De plus en plus sollicités, les professionnels et bénévoles sont souvent peu outillés quant à l'approche de ces questions et ressentent le besoin d'être formés.

Le Programme Alimentation et Insertion, lancé sous l'égide du Ministère délégué à la lutte contre la précarité et l'exclusion et qui s'articule totalement avec les objectifs et les recommandations du Programme National Nutrition Santé, explore ces différentes dimensions ; il constitue un début de réponse qu'il convient d'approfondir en étendant notamment la réflexion aux personnes en grande précarité (sans domicile fixe, jeunes en errance ...), pour lesquelles des stratégies spécifiques doivent être pensées.

B) Stratégies

- La mise en place d'actions autour de l'alimentation en direction des personnes en situation de précarité requiert une approche intégrée et globale, mobilisant des acteurs des différents champs (pouvoirs publics, professionnels de la santé, professionnels du social et de l'insertion, associations, collectivités territoriales) et qui associe une modification de l'environnement sociétal. Leur inscription dans un projet territorial peut favoriser la synergie des acteurs et permettre d'agir dans la proximité.
- Travailler autour de l'alimentation passe avant tout par la restauration du lien social qui suppose une écoute professionnelle et des échanges de qualité. Cela nécessite, d'une part, qu'il y ait des espaces conviviaux où des professionnels puissent entendre la parole des personnes, notamment celles en grande précarité, et, d'autre part, que les bénévoles et les professionnels de l'aide alimentaire soient formés à l'accueil et à l'écoute des personnes.
- Pour que l'aide alimentaire aille au-delà de la distribution de colis et devienne un véritable outil de réinsertion, il est indispensable que les structures souhaitant développer des outils à cet effet bénéficient d'un soutien méthodologique.

C) Objectifs

a) *Objectif à long terme*

Modifier les perceptions et les comportements nutritionnels des personnes en situation d'exclusion sociale et améliorer l'environnement alimentaire de ces personnes

b) *Objectifs intermédiaires*

- Proposer un accompagnement par des professionnels de santé pour permettre aux personnes en grande précarité de se réapproprier les enjeux d'une bonne hygiène alimentaire
- Promouvoir l'amélioration de la distribution et de la qualité nutritionnelle de l'alimentation proposée
- Mettre en place, au sein d'un projet territorial, des activités éducatives et collectives autour de la nutrition et des actions visant une amélioration de l'offre alimentaire des populations défavorisées
- Former les professionnels et les bénévoles des structures d'aide alimentaire

D) Actions

- Mise en place de temps médico-psycho-social dans les lieux fréquentés par les personnes en grande précarité (restaurant social, accueil d'urgence ...) pour leur proposer une écoute de qualité qui leur permette, à plus ou moins long terme, d'exprimer des besoins, des envies et de s'orienter progressivement vers une réflexion sur la manière de se nourrir et ses impacts sur la santé.
- Mise en place de temps de formation, en direction des bénévoles, des professionnels de l'aide alimentaire et de l'ensemble des intervenants en relation avec les personnes en situation de précarité, centrés sur :
 - une approche sociologique de la précarité et des représentations qui y sont associées ainsi que des conduites alimentaires
 - les techniques relationnelles, d'écoute active et de gestion des conflits
 - l'équilibre alimentaire
 - la connaissance des relais potentiels en matière de santé et d'insertion
 - la méthodologie d'action en éducation alimentaire.
- Appui méthodologique à la mise en place, au sein d'un projet territorial, d'activités collectives autour de l'alimentation (cuisines pédagogiques, jardins pédagogiques, épiceries sociales ...) dans une perspective de promotion de la santé, de développement social et d'une plus grande accessibilité à une alimentation appropriée.

4.6 Axe stratégique n°6 : Développer la communication et l'information du consommateur

A) Constats

Dans le contexte d'abondance que connaît la plus grande partie de la population, l'alimentation d'un individu est faite d'une succession de choix, plus ou moins conscients, à chaque repas. Malgré les mutations sociologiques que connaît notre société, malgré l'homogénéisation, au moins apparente, des modes de vie, la famille conserve un rôle fondamental dans la structuration précoce des habitudes alimentaires des individus. À cette influence, qui va perdurer tout au long de la vie, s'ajoute celle de très nombreux acteurs, et notamment de l'industrie agroalimentaire, des distributeurs, des professionnels de santé et de l'éducation ainsi que des médias.

Mais la diversité croissante des produits, la multiplicité des messages et des sources d'information, et plus récemment le développement des allégations nutritionnelles, créent une certaine « cacophonie » et rendent les choix du consommateur de plus en plus difficiles, alors même qu'il les exerce dans des contraintes de temps de plus en plus fortes.

Les enfants et les adolescents, ainsi que les familles défavorisées sont les populations les plus exposées et les plus vulnérables à la pression publicitaire sur les produits alimentaires, dont certains messages sont parfois trompeurs.

Dans ce contexte, il apparaît donc essentiel de mettre à la disposition du public des références et des repères pour adopter ou conserver des habitudes alimentaires facteurs d'équilibre et de santé. Il convient ainsi de clarifier les informations sur les produits alimentaires et de délivrer une information nutritionnelle compréhensible et cohérente avec les recommandations officielles.

Par ailleurs, l'information sur les bienfaits de l'éducation physique et les dangers de la sédentarité doit être amplifiée.

B) Stratégie

- Favoriser les actions d'information locales (manifestations, évènementiels, média communal, etc.) qui s'intègrent dans un projet global nutrition santé à l'échelle d'un territoire ;
- Mettre l'accent sur l'aspect positif des messages en associant « plaisir » et « alimentation » ou « plaisir » et « activité physique au quotidien », en respectant les recommandations du PNNS ;
- Dans ce sens, développer, en communication, un concept pouvant s'intituler « *Mieux vivre en Alsace* » fondé sur les notions de « variété » – « alimentation » – « mouvement » - « plaisir » – « équilibre » en impliquant le plus grand nombre d'acteurs régionaux ;
- Favoriser les échanges intergénérationnels et interculturels et redonner le goût de cuisiner ;
- Mener des actions de fond, à visée plus éducative qu'informative venant servir de base aux actions ponctuelles ;
- Associer à la démarche locale les différents acteurs qui véhiculent le modèle esthétique (centres esthétiques, magasins d'habillement, photographes, presse, etc.) afin de freiner la promotion de la minceur excessive ;

C) Objectifs

a) Objectifs à long terme

- Faire en sorte qu'une majorité de la population en Alsace acquière la connaissance des repères simples officiels de consommation alimentaire et d'activité physique
- Faire en sorte que la connaissance de ces repères aide les consommateurs dans leur choix de consommation alimentaire

b) Objectifs intermédiaires :

- Promouvoir une information cohérente du consommateur en Alsace
- Faire la promotion d'une activité physique au quotidien et de loisir
- Encourager des industriels, métiers de la bouche locaux, à s'engager dans une démarche d'information nutritionnelle et qualitative de leurs produits

D) Actions

- Réaliser des études permettant de mieux comprendre les déterminants de la consommation alimentaire selon les cibles (enfants, adolescents, mères de famille, etc.) ;
- Sélectionner les documents d'information et les outils de prévention par tranche d'âge cohérents avec les recommandations du PNNS et promouvoir leur labellisation ;
- Elaborer éventuellement des messages complémentaires simples, cohérents, positifs en déclinant les messages en fonction de la cible à atteindre, en intégrant les connaissances (nutrition et pratiques culinaires) des consommateurs et en prenant en compte leurs représentations (croyances, cultures....) et leurs comportements ;
- Diffuser ces outils et ces messages par tous les acteurs et les réseaux locaux concernés en participant aux initiatives locales, en organisant des événements locaux, en associant les différents médias ;
- Encourager les industriels à développer une information nutritionnelle compréhensible permettant au consommateur de faire ses choix en connaissance de cause ;

- Encourager la présentation par les artisans des métiers de la bouche d'une information claire sur la qualité nutritionnelle des produits alimentaires non emballés.

4.7 Axe stratégique n°7 : Développer la concertation avec les entreprises agricoles, artisanales et industrielles en accord avec les recommandations du PNNS

A) Constats

Depuis des décennies on constate un développement considérable de la production alimentaire (augmentation des rendements agricoles, sélection de races, production industrielle, marketing, etc.), permettant à la très grande majorité de la population l'accès à une variété immense de produits alimentaires.

Ceux transformés par l'industrie agroalimentaire représentent aujourd'hui 80% des produits consommés. Cette évolution s'est accompagnée d'une amélioration de leur conservation, de leur transportabilité, de leur valeur technologique et de leur praticité.

De façon plus récente, pour de « nouvelles catégories d'aliments » (allégés ou enrichis, diététiques, aliments porteurs d'allégation), un des critères de développement est la valeur nutritionnelle, visant l'intérêt pour la santé du consommateur. Bien que ne représentant encore qu'une part faible du marché, cette nouvelle tendance se développe fortement, encadrée par la réglementation. Elle répond aux attentes d'une part croissante des consommateurs qui souhaitent avoir des produits de meilleure qualité nutritionnelle (Enquête INCA, 1999).

Cependant, pour les produits de masse, dont les prix sont tirés vers le bas par la grande distribution, la qualité nutritionnelle ne semble pas être une priorité³⁵. A titre d'exemple, les produits à densité énergétique élevée (riches en sucres et graisses ajoutés) sont désormais les sources d'énergie les moins chers du marché³⁶. Cela est d'autant plus préoccupant que ces produits sont préférentiellement choisis par les groupes les moins favorisés, dont l'équilibre nutritionnel semble globalement moins satisfaisant que celui de la population moyenne, mais aussi par certains responsables de la restauration collective, notamment de restauration scolaire, soumis à de fortes contraintes économiques et peu formés sur un plan nutritionnel.

³⁵ Haut Comité de la Santé Publique. *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France*, juin 2000.

³⁶ INSERM. *Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge*, septembre 2005

Enfin, les enfants et les adolescents sont soumis à une pression publicitaire croissante pour des produits qui ont souvent une faible valeur nutritionnelle.

B) Stratégie

- Optimiser la valeur nutritionnelle des produits existants (exemples : teneur en sel, en sucres, en matières grasses...) en fonction des données scientifiques récentes
- Prendre en compte la dimension nutrition dès la conception du produit en considérant celui-ci dans le contexte d'une alimentation équilibrée

C) Objectifs

a) *Objectif à long terme*

Développer la concertation avec les acteurs économiques (production, transformation, distribution) pour favoriser la prise en compte des recommandations nutritionnelles définies par le PNNS et le PRNS.

b) *Objectif intermédiaire*

Sensibiliser les entreprises artisanales et industrielles à mieux intégrer la dimension « qualité et nutrition-santé » dans le choix des matières premières, des formulations, des procédés et du développement de nouveaux produits

D) Actions

- Favoriser l'accès des professionnels de l'alimentaire de la région aux structures d'appui (conseil technique, veille technologique et réglementaire, tant sur le plan qualité que sur le plan nutrition) ;
- Intégrer une dimension nutritionnelle dans les cahiers des charges de produits régionaux notamment ceux bénéficiant de signes de qualité ;
- Promouvoir la valeur nutritionnelle en lien avec la santé (taille des portions, menus équilibrés, promotion de la consommation des fruits et légumes, etc.) auprès des métiers de la restauration ;
- Procéder à une veille de l'information, réalisation d'études permettant une meilleure compréhension des tendances et évolutions en matière de comportements alimentaires et d'activités physiques.

5 LE SUIVI ET L'ÉVALUATION

5.1 Le cadre du suivi

Le suivi du PRNS s'intègre dans celui du PRSP. Cependant, un Comité de suivi est chargé spécifiquement du suivi du PRNS. Il est constitué des acteurs issus de différents secteurs d'activité concernés par la nutrition (acteurs économiques, associations de consommateurs, professionnels de santé, de l'éducation, etc.), à l'image du comité technique lors de la phase d'élaboration du programme.

Le PRNS, élaboré pour une période de dix ans (2005-2015), donne les grandes orientations de la politique régionale. Néanmoins, le PRNS n'est pas figé. Le Comité de suivi proposera toute adaptation nécessaire au cours de son déroulement.

Le dispositif de suivi du PRNS sera défini en détail par le Comité de suivi, en lien avec les pilotes du PRNS. Au sein de ce comité, des personnes « référentes » pourront être identifiées pour le suivi de chacun des axes stratégiques du programme. Chaque référent-suivi pourra proposer au Comité de suivi des indicateurs et un tableau de bord relatif à l'axe stratégique, pour le suivi duquel il est référent. Il devra rendre compte au Comité de suivi, pour cet axe, de l'état d'avancement de la mise en œuvre du programme.

Le comité de suivi arrêtera les indicateurs. Il se réunira en plénière au moins une fois par semestre. Il organisera une assemblée générale annuelle. Par ailleurs, ce Comité de suivi établira un bilan qualitatif (forces et faiblesses) du PRNS. Sur la base de ce bilan, le Comité de suivi proposera à l'assemblée générale les adaptations nécessaires du PRNS.

Le groupe projet est maintenu. Il poursuit son travail de coordination et de management du programme en lien avec le Comité de suivi et les porteurs de projets. Il réunit les pilotes du PRNS, la DRASS et la MFA.

5.2 Cadre de l'évaluation

Le PRNS ne sera pas évalué directement mais via l'évaluation du PRSP. Cette évaluation comprendra des éléments qualitatifs et quantitatifs. Elle inclura des informations « d'input » (l'ensemble des ressources qu'il a été nécessaire de faire « entrer » dans le programme pour permettre sa mise en œuvre), « d'output » (résultats directs des actions) et de « process » (déroulement des actions).

L'évaluation inclura des résultats réels de l'état de santé de la population régionale, notamment l'état nutritionnel des enfants (mesure de l'IMC), de la prévalence des MCV, etc.

Cette évaluation sera réalisée par un organisme indépendant, spécialisé dans l'évaluation de programmes de santé.

Liste des annexes

1. Glossaire
2. Politique nutritionnelle nationale
3. Les actions financées depuis 2001
4. Démarche d'élaboration du PRNS détaillée
5. Liste des participants
6. Productions des groupes de travail (fiches actions)

[les annexes seront mises en ligne prochainement]