

3. LES MESURES ET ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE DESTINEES A L'ENSEMBLE DE LA POPULATION

3.1. Mesures politiques influençant les consommations alimentaires, la qualité nutritionnelle des aliments ou l'activité physique

Un certain nombre de mesures politiques sont susceptibles d'influencer les consommations alimentaires, la qualité nutritionnelle des aliments ou l'activité physique et donc de contribuer à l'atteinte des objectifs nutritionnels de santé publique retenus.

- intégration de la dimension nutritionnelle dans toutes les mesures politiques touchant directement ou indirectement l'alimentation (politique agricole, réglementation, ...),
- incitation et soutien aux initiatives des producteurs en matière de qualité nutritionnelle des aliments d'origine animale et végétale,
- développement de mesures législatives et de politiques ayant un impact favorable sur les consommations et comportements alimentaires, sur l'équilibre nutritionnel et la santé. Il s'agit de faciliter la promulgation de lois, l'utilisation de subventions et de mesures fiscales incitatives permettant de favoriser la consommation des produits alimentaires importants sur le plan nutritionnel,
- adaptation de la réglementation dans le domaine nutritionnel aux objectifs nutritionnels de santé publique,
- aménagements urbains favorisant l'activité physique dans la vie quotidienne : pistes cyclables, parcours " d'efforts " dans les rues, les lieux publics, développement d'aires de jeux susceptibles d'inciter les enfants à avoir une activité physique, organisation d'une Journée nationale de la marche, Journée " sans voiture ",...
- politique incitant les employeurs à favoriser, l'activité physique des salariés ayant une activité sédentaire.

3.2. Programmes d'information et d'éducation autour des objectifs nutritionnels

Des programmes d'information et d'éducation, coordonnées sur et autour des objectifs nutritionnels prioritaires et des objectifs spécifiques devront être développés pendant les 3 années du programme.

Leur conception, leur mise en oeuvre et leur évaluation associeront tous les partenaires concernés : ministères (Santé, Agriculture, Economie et Finances, Education Nationale, Recherche et Technologies, Ville, Environnement,...), responsables de santé publique, scientifiques et chercheurs impliqués dans la nutrition, associations de consommateurs, spécialistes en éducation pour la santé, spécialistes en sciences humaines, industriels, spécialistes en marketing, publicitaires, agences de communication, représentants des médias ...

Il est également indispensable d'associer à cette démarche les acteurs de santé publique régionaux, dont l'importance a déjà évoquée à propos de la diffusion du guide alimentaire national.

Ces programmes associeront des campagnes nationales d'information ponctuelles, mises au point avec des spécialistes de la communication et du marketing, et des actions d'éducation s'inscrivant dans la durée.

Ils seront bâtis en s'appuyant sur le Guide alimentaire national dont la finalité est d'atteindre les objectifs nutritionnels prioritaires et sur les guides visant les groupes à risque pour atteindre les objectifs spécifiques.

Des campagnes d'information " grand public " devront être développées et programmées dans le temps sur une grande échelle : TV, radio, presse écrite nationale et régionale (quotidiens, hebdomadaires, mensuels, presse générale et spécialisée,...). Elles seront précédées de campagnes d'information destinées aux professionnels de santé, dont il est indispensable qu'ils apportent leur soutien à la campagne, pour relayer, expliquer, et renforcer les messages diffusés.

Elles reposeront sur des messages simples, limités, clairs et spécifiques, et seront développées et déclinées en fonction des différents publics visés : grand public et sous-groupes de populations cibles, professionnels de santé et autres professions relais pouvant jouer un rôle dans l'éducation

nutritionnelle. Elles devront viser à responsabiliser les consommateurs pour en faire des acteurs de leur santé.

Il importera, à côté des objectifs à finalité alimentaire, de veiller à la promotion de l'activité physique (notamment la marche) dans la vie quotidienne. Des campagnes de communication dans les transports urbains (métro, bus, tramways) pourront promouvoir auprès des usagers l'intérêt de descendre à la station précédant celle la plus proche de leur destination.

De la même façon dans les établissements publics des affiches (et d'autres moyens d'information des usagers) pourront rappeler l'intérêt " santé " de monter à pied les escaliers plutôt qu'utiliser les ascenseurs ou les escaliers mécaniques.

Importance des relais régionaux

Des centres-ressources régionaux devront être mis en place pour favoriser l'appropriation de ces programmes par les acteurs de terrain, à l'instar de ce qui existe depuis plusieurs années concernant le sida (CRIPS, Centres régionaux d'information et de prévention du sida) et qui se développe actuellement pour la prévention des toxicomanies. Il serait toutefois souhaitable que ces Centres Régionaux d'Information et de Prévention Nutritionnelle ne viennent pas s'ajouter à un dispositif institutionnel en éducation pour la santé relativement complexe et peu cohérent, mais s'intègrent à des structures déjà existantes, Comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé par exemple.

Ces centres-ressources régionaux seront dotés de moyens leur permettant de disposer de professionnels disponibles et compétents. Ils auront pour mission :

- de relayer les campagnes nationales de communication en développant une politique de diffusion locale adaptée, par exemple vers certains lieux accueillant le public (écoles, lieux de travail ou de restauration collective, salles d'attente des médecins, pharmacies, salons de coiffure,...) ou certains groupes de professionnels ou d'usagers motivés.
- de favoriser la mise en place d'actions locales d'information ou d'éducation nutritionnelle, par une fonction d'information, de documentation, de soutien méthodologique, voire de formation vis-à-vis des promoteurs de ces actions : enseignants, services de promotion de la santé en faveur des élèves, professionnels de santé, travailleurs sociaux, animateurs sportifs et socio-culturels, militants associatifs, élus locaux....

Soutien des médias

Un soutien des médias au Programme national de Nutrition est indispensable, notamment pour amplifier les campagnes d'information développées dans ce cadre, mais aussi pour rétablir la vérité face à la diffusion d'informations induisant en erreur les consommateurs (articles, émissions, livres, gourous,...).

Lutte contre les publicités trompeuses

Des moyens doivent être mis en place pour garantir et crédibiliser la publicité des entreprises souhaitant communiquer sur des produits alimentaires ayant une pertinence nutritionnelle (contribuant à atteindre les objectifs nutritionnels prioritaires).

Parallèlement, il est indispensable de contrôler les allégations concernant certains produits présentant des " pseudo " vertus nutritionnelles (produits de régime fantaisistes, appareils promettant des pertes de poids sans effort,...), commercialisés notamment par des circuits parallèles (vente par correspondance, téléachats, vente pyramidale, ...) et de réprimer la publicité trompeuse.

Importance du rôle des associations de consommateurs

Il est important que les associations de consommateurs soient impliquées et invitées à participer à la conception et à la mise en œuvre d'actions qui les concernent directement tant au plan national qu'au niveau local.

Au plan national, les exemples réussis de participation aux travaux du CNA doivent être étendus à d'autres instances. Par exemple, les associations de consommateurs devraient être associées, au même titre que les industriels, à certains travaux et réflexion de l'AFSSA sur et autour de l'évaluation scientifique.

Le problème de ces associations est la faiblesse numérique des permanents formés et des bénévoles

actifs, malgré leur profonde motivation. Une aide matérielle et des formations appropriées devraient leur être apportées pour qu'elles puissent jouer pleinement leur rôle.

3.3. Actions en milieu scolaire et universitaire

Le milieu scolaire constitue un lieu privilégié pour développer des actions d'information et d'éducation nutritionnelles, et ce d'autant plus que l'obésité voit sa fréquence croître chez les jeunes.

Ces actions doivent concerner l'ensemble du cursus scolaire, avec toutefois une insistance particulière entre la 6^{ème} et la 3^{ème}, période où les enfants acquièrent souvent une plus large autonomie sur le plan alimentaire (moindre encadrement à la cantine, goûter seuls le soir à la maison)

Différentes mesures ou actions doivent donc être associées dans ce secteur :

- intégration de la dimension alimentation/nutrition et notamment d'éléments du Guide alimentaire national (et d'un éventuel Guide spécifique pour l'enfant), dans les programmes et manuels scolaires,
- implication des services de promotion de la santé en faveur des élèves dans la mise en place des actions d'éducation alimentaire et de développement de l'activité physique,
- intégration des repas scolaires dans les processus d'éducation nutritionnelle et dans les moyens d'atteindre les objectifs nutritionnels prioritaires (adaptation des menus),
- diffusion urgente de recommandations nutritionnelles officielles concernant les repas servis en milieu scolaire, en cohérence avec celles du GPEM-DA à l'intention des intendants des établissements du secondaire, afin de remplacer la circulaire de l'écolier de 1971 devenue obsolète, mais qui constitue encore aujourd'hui le texte de référence dans ce domaine,
- contrôle du matériel pédagogique à finalité nutritionnelle destiné aux élèves qui ne pourra être utilisé que s'il bénéficie d'un label officiel "Programme Nutrition-Santé " garantissant la qualité et l'indépendance des documents (en accord notamment avec la charte mise au point par l'IFN). Aucun matériel non labellisé ne pourra être utilisé dans le monde scolaire,
- limitation des produits de grignotage dans les distributeurs automatiques situés dans ou à proximité des établissements scolaires, obligation d'intégrer des aliments ayant une valeur nutritionnelle (fruits, produits laitiers, produits céréaliers,...),
- obligation d'installer des fontaines d'eau fraîche en libre service dans les établissements scolaires et interdiction des distributeurs des boissons sucrées (sodas),
- distribution gratuite de fruits (sous une forme séduisante pour les enfants) et de produits laitiers à la collation du matin ou au goûter de l'après-midi,
- développement de l'éducation physique à l'école, dans l'optique de favoriser la gestion de la vie physique future,
- développement de l'activité physique à l'école lors des récréations, de plages horaires spécifiques d'activité physique ou pendant les cours (expériences pilotes sur le modèle de celles réalisées aux USA intégrant 3 à 5 mn de mouvements coordonnés toutes les 45 mn – 1 heure dans les salles de classe).

Cette démarche en milieu scolaire pourrait se concrétiser par des approches transdisciplinaires ou de travaux croisés, méthodes de travail dont on préconise aujourd'hui le développement pour l'ensemble du cursus scolaire.

Ces actions pourraient bénéficier du soutien des collectivités locales : communes pour la restauration des classes maternelles et primaires (et plus généralement crèches, centres de loisirs,...), conseils généraux pour les collèges et conseils régionaux pour les lycées.

3.4. Action au niveau de la restauration collective et des lieux de travail

Les lieux de travail et les lieux de restauration collective constituent également des sites privilégiés pour développer des actions et des campagnes d'information autour des objectifs nutritionnels prioritaires.

Les médecins du travail doivent jouer un rôle majeur dans ces projets, en relayant l'information et

notamment le guide alimentaire national ou ses dérivés au sein des entreprises. Les sociétés de restauration collective souhaitant s'associer à cette démarche s'engageront à proposer des menus labellisés "Programme national Nutrition-Santé " et à participer aux campagnes d'information répondant à un cahier des charges préalablement défini.

3.5. Implication des industriels de l'agro-alimentaire

80 à 90 % des aliments consommés en France ont subi une préparation industrielle. Les objectifs nutritionnels de santé publique ne peuvent être atteints sans une collaboration étroite avec les industriels de l'agro-alimentaire, qui doit être envisagée à différents niveaux dans le cadre de :

- l'amélioration des produits alimentaires mis à la disposition des consommateurs, notamment des aliments dont la consommation contribue à atteindre les objectifs de santé publique,
- la communication ou la promotion autour de ces aliments,
- l'information du public sur les objectifs nutritionnels prioritaires.

Deux mesures spécifiques doivent permettre de favoriser l'adhésion des industriels :

- **La création d'un label officiel "Programme Nutrition-Santé "**,

Ce label sera matérialisé sous forme d'un logo, qui devra être largement médiatisé pour être connu et reconnu par la population générale.

Il sera délivré sur demande pour tout produit alimentaire répondant à un cahier des charges strict et pré-défini, et considéré comme contribuant aux objectifs nutritionnels prioritaires.

Ce logo permettra également de labelliser la communication (campagnes publicitaires) des produits alimentaires faisant allusion directement ou indirectement à une valeur santé intrinsèque ou ajoutée, à condition que cette communication présente une réelle pertinence nutritionnelle.

Toute firme développant une communication suggérant directement ou indirectement une liaison entre un produit alimentaire (ou d'une façon générale l'alimentation) et l'équilibre, le statut nutritionnel et/ou la santé devra obtenir cette labellisation, en soumettant un dossier auprès d'une instance nationale spécialisée, selon le même principe de fonctionnement que celui des Comités consultatifs de protection des personnes se prêtant à la recherche biomédicale (CCPPRB).

La non-labellisation rendra impossible l'utilisation de la campagne par l'acteur économique.

- **Des allégations " nutritionnelles "** issues du "Programme Nutrition-Santé " pourront être utilisées sur les produits alimentaires et dans la communication relative à ces produits. Les allégations autorisées porteront sur les données génériques reprenant les objectifs nutritionnels prioritaires, et non pas directement sur les produits eux-mêmes. Les allégations seront acceptées pour des produits si la firme productrice peut démontrer par un dossier scientifiquement étayé l'impact favorable (et l'innocuité) de son produit sur la santé.

La délivrance de la labellisation et des autorisations d'allégation pourrait être prise en charge par l'AFSSA, en lien avec l'AFSSAPS.

Une charte de bonne pratique sera mise à la disposition des industriels de l'agro-alimentaire pour faciliter leurs demandes de labellisation et/ou d'allégation.

Une réflexion développée avec les industriels de l'agro-alimentaire et les consommateurs devrait permettre de déboucher sur un principe d'étiquetage informatif. La composition des aliments qui figure actuellement sur l'étiquette n'est pas réellement une information utile pour le consommateur sur le plan nutritionnel et aucune information n'est fournie sur des points essentiels (ex : allergènes).

3.6. Action au niveau du système de soins

Le rôle des acteurs du système de soins est bien sûr tout à fait essentiel pour relayer auprès de la population les campagnes d'information nutritionnelle, conforter les recommandations et assurer la prise en charge précoce des problèmes nutritionnels.

Mais le programme national nutrition-santé doit aussi être l'occasion d'améliorer la détection et la prise en charge des maladies nutritionnelles en développant :

- un Outil d'évaluation clinique de l'état nutritionnel,
- des recommandations pour la pratique clinique concernant la prévention, le diagnostic et le traitement des principales maladies liées à la nutrition,
- l'accès à des consultations de nutrition,
- les structures d'évaluation de l'alimentation hospitalière,
- les démarches d'éducation du patient.

L'évaluation de la situation nutritionnelle doit pouvoir s'appuyer sur un outil simple, utilisable en pratique clinique et épidémiologique par des spécialistes et surtout des non-spécialistes en nutrition en France, et dans le cadre d'études épidémiologiques européennes.

Cet outil doit être mis au point par les experts des sociétés savantes de nutrition, de pédiatrie, de gériatrie, d'épidémiologie et de santé publique, sous l'égide de l'Agence nationale d'accreditation et d'évaluation en santé.

Afin que cet outil puisse véritablement s'inscrire dans la pratique clinique, il est indispensable d'en assurer une large diffusion et de favoriser sa promotion par différents relais, notamment par les organismes de formation médicale continue.

Des recommandations pour la pratique clinique (RPC) concernant la nutrition des personnes âgées, la nutrition en période d'agression (infectieuse, traumatique...), la prise en charge de la maladie alcoolique doivent être élaborées, en concertation avec les sociétés savantes de nutrition, pour compléter celles déjà mises au point sur l'obésité et le diabète.

Par ailleurs, il est indispensable que se développe la nutrition clinique ou thérapeutique dont les objectifs doivent être triples :

- garantir une alimentation saine, équilibrée, appropriée aux besoins des patients ;
- prescrire une diététique spécifique en fonction de la pathologie comprenant éventuellement des suppléments nutritionnels ;
- mettre en œuvre et contrôler toutes les étapes de la nutrition artificielle en milieu hospitalier et à domicile lorsqu'elle doit être prolongée.

Il est nécessaire de faciliter l'accès géographique et financier à la consultation de nutrition, à visée de prévention ou de prise en charge. En effet, même si les groupes les plus à risques de troubles nutritionnels doivent être mieux caractérisés, on peut considérer que les populations socialement défavorisées font partie de ces populations à risque. De fait, il faut organiser l'offre publique de consultation de nutrition, pour dépister les familles à risque, informer, conseiller et suivre ces personnes. Ces consultations seraient assurées par des équipes de nutritionnistes, diététicien(ne)s, avec l'aide éventuelle de spécialistes en sciences humaines. Ces consultations devront se situer dans les dispensaires, les PMI ou dans toute structure de soins fréquentée par ces patients. Au niveau local, l'organisation de cet accès à la consultation de nutrition devrait se faire grâce à un partenariat Conseil général, CPAM, DDASS.

L'alimentation hospitalière a fait l'objet de nombreuses réflexions au cours des dernières années. Un rapport sollicité par la Direction des Hôpitaux comportant des propositions d'action a été rédigé par un groupe de travail présidé par le Professeur Bernard Guy-Grand. Ces propositions sont toujours d'actualité et leur mise en œuvre reste largement à promouvoir

Les Comités de liaison alimentation nutrition (CLAN) doivent en assurer l'évaluation au sein des établissements hospitaliers.

Recommandations extraites du rapport du Professeur Bernard Guy-Grand sur l'alimentation en milieu hospitalier

Une politique alimentaire cohérente et adaptée devrait pouvoir se mettre en place en se fondant sur trois idées forces : 1) le patient doit être au centre des réflexions, 2) une démarche de qualité doit être développée, et 3) une structure moteur doit être mise en place.

- L'analyse des besoins du patient et leur satisfaction doit être le pilier des différents niveaux de la restauration hospitalière. L'évaluation nutritionnelle devrait être systématique dès l'admission de tout patient hospitalisé comme l'est l'évaluation des grandes fonctions vitales. Au cours de l'hospitalisation, un suivi nutritionnel devrait être intégré dans la pratique.
- Il semble indispensable que les établissements de santé, quelles que soient leur nature, leur taille, leur clientèle puissent accéder à un niveau de performance qualitative en matière de prestations alimentaires qui soit à la hauteur des efforts faits en matière d'humanisation. L'hôpital doit s'adapter au système de vie de l'usager malade (horaires des repas, possibilité réelle de choix personnels, assurer des modalités d'alimentation correspondant aux besoins réels de façon souple, offrir une qualité organoleptique satisfaisante, maintenir la sécurité bactériologique, sauvegarder les aspects conviviaux, médicaliser davantage la politique alimentaire).
- La démarche qualité qui devrait ressortir d'une véritable politique nutritionnelle de l'hôpital doit se concrétiser par l'élaboration d'un cahier des charges auquel doivent participer l'ensemble des acteurs hospitaliers. L'alimentation des malades doit faire partie des projets médicaux de services intégrés dans le projet global d'établissement.
- L'initiation, la mise en œuvre, le contrôle de la politique nutritionnelle ne peuvent être envisagés que si l'hôpital dispose d'un Comité de liaison alimentation nutrition, structure transversale ayant compétence sur l'ensemble de l'alimentation-nutrition, organe à la fois réflexif et opérationnel, ce Comité serait placé auprès des directions en liaison avec la Commission médicale d'établissement.
- En matière de ressources humaines, l'hôpital devrait disposer d'un personnel plus qualifié et plus sensibilisé aux problèmes de la restauration et de la nutrition. Ceci devrait conduire à mettre en œuvre des réformes de la formation initiale et continue des différentes catégories de personnels : personnels de cuisine, personnels soignants, personnels de direction. Les personnels médicaux devraient bénéficier dans leur cursus universitaire d'un renforcement notable de la place de la nutrition avec comme objectif à terme la présence de médecins qualifiés dans toutes les structures hospitalières
L'élévation du DESC de nutrition au rang de DESC qualifiant est plus que souhaitable. Enfin la durée des études de diététiciens devrait être portée à trois ans, le diplôme est délivré par le ministère de la santé, la place de ces professionnels dans l'organigramme hospitalier mieux définie et surtout leur nombre très nettement augmenté.
- Une structure nationale spécifique de l'alimentation hospitalière devrait être mise en place, relevant du ministère de la santé, tout en intégrant les préoccupations des divers acteurs de la filière alimentaire (Agriculture, Economie, Recherche).

3.7. Mise en place à la Direction générale de la santé d'un Comité d'Appui pour la mise en place et le suivi de la politique nutritionnelle

Dans le domaine de la Nutrition, la mission de la Direction générale de la santé (DGS) est d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer la politique de nutrition de santé publique. Elle s'entourera pour cela d'un groupe restreint d'experts du champ de la nutrition et de la santé publique, dont la mission sera de fournir les bases scientifiques nécessaires à l'analyse de la DGS, de contribuer à faire un point régulier sur l'état d'avancement des stratégies préconisées pour l'atteinte des objectifs, les obstacles et réorientations nécessaires, les pistes nouvelles à explorer. Ce groupe pourra s'adjoindre au besoin, ponctuellement, des compétences complémentaires dans des domaines conjoints (agriculture, économie, enseignement...).

Ce comité d'appui pourra également être appelé à fournir un appui à la DGS dans le cadre des orientations qui seront préconisées au niveau européen, suite à la déclaration attendue du conseil des ministres européens sur la nutrition en décembre 2000.

3.8. Action au niveau des supports artistiques, culturels, sportifs et des personnalités politiques

Le soutien du programme national nutrition-santé par les différents supports artistiques, culturels et sportifs pouvant favoriser la promotion d'objectifs nutritionnels prioritaires devra être activement recherché. Un tel soutien permet en effet à la fois d'amplifier les programmes d'information mais aussi de les valoriser aux yeux du public. Ceci peut par exemple se concrétiser par l'introduction des objectifs nutritionnels dans des émissions de TV, feuilletons, séries,...ou encore par des concours de scénarios.

Le soutien des personnalités politiques (maires, conseillers généraux et régionaux, députés, sénateurs, ministres) à l'occasion du lancement du plan national et à son issue, peut également s'avérer très précieux.

Ainsi, en Finlande à l'occasion de la mise en place des programmes nutritionnels de santé publique, les responsables politiques ont accepté de participer personnellement aux actions médiatiques en se prêtant aux prélèvements sanguins et questionnaires lors du lancement des campagnes. De même, les maires ont participé à des " compétitions " sous forme de concours entre villes pour récompenser celles ayant le mieux atteint les objectifs fixés.

http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/rapport_hcsp/nutri23.htm - haut