

Le bilan du PNNS1

Le rapport dressé en avril 2006, a permis tirer des conclusions sur l'efficacité du PNNS1.

Ainsi, on sait que 3/4 des actions prévues ont été réalisées. Les actions entreprises ont bien couvertes les axes de communication, information, éducation, le développement de la recherche et la mise en place de moyens de surveillance nutritionnelle. En revanche, les actions impliquant le système de soins et les acteurs économiques ont été moins accomplies. Il faut tout de même noter que certaines actions non prévues initialement ont été ajoutées.

D'autres points négatifs existent. En effet, il y a un grand retard dans la programmation des actions, des insuffisances de moyens (humains comme financiers) et une faible mobilisation de certains acteurs. Le PNNS a donc permis de créer une dynamique qui a touché l'ensemble des professionnels concernés par la nutrition. Mais cette dynamique mérite d'être renforcée en poursuivant les actions déjà entreprises et en créant de nouvelles.

Du fait du retard de programmation des actions, les impacts (bien qu'il commence à être visible) ne sont pas encore optimaux. Ainsi le PNNS1 a été prolongé par le PNNS2.

Le bilan du PNNS2

Depuis 2000 et ses 18 % d'adolescents obèses, les chiffres de l'obésité sont enfin à la baisse : 16 % d'adolescents obèses aujourd'hui.

Une bonne mobilisation : médias, collectivités, industries

L'indispensabilité de la démarche du PNNS au succès de toute politique nutritionnelle n'est pas remise en cause par le rapport. Au contraire, les résultats sont satisfaisants. Ainsi, à l'heure actuelle **195 collectivités territoriales ont adopté la charte du PNNS** soient plus de 10 millions de citoyens qui sont touchés directement par les actions de communication sur le **développement de l'exercice physique et la promotion d'une nourriture équilibrée et variée** tout en étant savoureuse et saine. Par ailleurs, côté industrie agro-alimentaire, **18 gros industriels ont signé la charte d'engagement nutritionnel**.

Des campagnes réussies

Même si l'Inpes prévoit pour ses campagnes futures, notamment concernant les comportements alimentaires et la lutte contre l'obésité des enfants, un affinement de ses messages et de son cœur de cible grâce aux apports des sciences comportementales et des neurosciences cognitives, les campagnes suivies jusqu'ici dénotent un certain succès. La communication « 5 fruits et légumes

par jour » porte justement bien ses fruits. **De 2005 à 2008, le pourcentage de Français qui appliquent le principe a augmenté de deux points ; de 10 %, ils sont aujourd'hui 12 %.** De plus, **ils sont 40 % à consommer 400g de fruits et légumes par jour contre 24 % en 2006.** Les résultats des enquêtes INCA et AFSSA ont-elles démontré **qu'entre 1998 et 2006 la consommation d'aliments sucrés a baissé de 11 % chez les adultes et de 15 % chez les 3-14 ans.** Enfin, au niveau de l'activité physique régulière pratiquée par près des deux tiers des Français, le taux serait à la hausse de 2 à 3 points.

Des objectifs atteints partiellement ou laissés de côté

Si **4 millions d'euros ont bien été mis à la disposition des CHU dans le cadre de financement d'équipements adaptés aux personnes obèses**, ils concernent l'achat de fauteuils roulants ou de lits mais pas d'IRM ou autre machine au budget à crever le plafond qui peuvent avoir un rôle vital dans le pronostic des patients. **En 2007, il n'y avait qu'une dizaine d'IRM ouvertes pouvant accueillir des personnes jusqu'à 250kg sur un parc d'environ 450 appareils.** L'obésité et surtout sa prise en charge ont échappé aux objectifs de la gouvernance selon le rapport d'évaluation de l'Igas et du CGAAER. Ainsi que d'autres priorités nationales telles que **l'aide alimentaire et la prévention de la dénutrition des personnes âgées, l'aide en faveur des plus démunis et la promotion de l'activité physique en opposition aux comportements sédentaires accrus de notre société.**

Il est aussi à considérer que la gouvernance s'est retrouvée fragilisée au cours de l'application du PNNS 2 alors que **le comité interministériel qui devait être créé à l'issue du PNNS 1 n'a jamais vu le jour.** Le comité de pilotage du programme en est donc resté à l'incitation. En effet, la gouvernance ne dispose d'aucun pouvoir formel sur les stratégies et actions mises en œuvre. Elle est surtout le lieu d'échanges et de concertation des différentes parties prenantes dans le PNNS. Le comité interministériel aurait permis une centralisation des décisions au sein du comité de pilotage et non la dispersion.

Le programme reste néanmoins un succès. **Un succès unique dans les pays développés puisque la France est le seul pays du Nord à avoir vu sa courbe de l'obésité adolescente s'inverser.** Il est donc reconduit malgré les recommandations de l'Igas et du CGAAER qui souhaite une meilleure gouvernance du PNNS 3. Enfin, **l'implication de nouveaux acteurs** est prévue avec **la création de Chartes « entreprises actives du PNNS »** afin d'améliorer la nutrition de leurs salariés et leur accès à l'activité physique régulière.

Vitalrest



La lettre d'information

en Diététique et Nutrition

N°16 - OCTOBRE 2011

à l'attention des établissements sanitaires et médico-sociaux

L'édito... Spécial Plan obésité - GEMRCN - PNNS 3

Les recommandations nutrition du GEMRCN font grands bruits dans les médias depuis quelques jours car le décret d'application du 30 Septembre 2011 a enfin été voté et est applicable dès le 1^{er} octobre 2011 pour la restauration scolaire. Les principaux changements de ce texte seront étudiés dans cette lettre. Vous saurez aussi les grands axes du plan obésité et du PNNS 3.

Claire LOUREIRO & Barbara RENAUD - Diététiciennes Vitalrest

Les recommandations du GEMRCN (mise à jour en Juin 2011)

Il faut savoir que ces recommandations relative à la nutrition existe depuis 1999 (GPEM DA), puis ont été réactualisé en 2007 par le GEMRCN (Groupement d'étude des marchés de restauration collective et de nutrition). Une version mise à jour a été publiée en Juin 2011.

Voici une synthèse des recommandations nutrition remise à jour. Nous avons fait le choix de détailler ces mesures concernant les personnes âgées. Seuls sont abordé les paragraphes source de modifications.

Si l'alimentation est une composante essentielle de l'état de santé, elle doit aussi contribuer au bien être et au plaisir du convive. Il convient de ne pas négliger cette seconde dimension de l'alimentation. L'indispensable formation des équipes de restauration à la nutrition doit constituer un impératif pour les collectivités publiques et leurs établissements, qui doivent recourir aux services de personnels qualifiés tels que les diététiciens et les nutritionnistes. Il appartient également aux collectivités publiques d'assurer le soutien humain à la prise d'aliments dont certaines populations, notamment les enfants et les personnes âgées, ne peuvent se passer sans risque de déséquilibre alimentaire, voire de dénutrition.

La présente recommandation ne traite pas des produits biologiques. En effet, si le mode de production biologique, en proscrivant le recours aux produits phytosanitaires de synthèse, élimine les risques associés à ces produits pour la santé humaine, et concourt à une moindre pollution environnementale, au niveau nutritionnel

les apports des produits biologiques ne sont pas significativement supérieurs à ceux des produits issus de l'agriculture conventionnelle, au regard des apports nutritionnels conseillés.

Les objectifs nutritionnels généraux visés par les présentes recommandations sont les suivants:

- augmenter la consommation de fruits, de légumes et de féculents ;
- diminuer les apports lipidiques, et rééquilibrer la consommation d'acides gras ;
- diminuer la consommation de glucides simples ajoutés ;
- augmenter les apports de fer ;
- augmenter les apports calciques.

Il importe de veiller davantage à la qualité nutritionnelle des calories apportées qu'à leur quantité.

Diminuer les apports lipidiques, et rééquilibrer la consommation d'acides gras.

Un excès de lipides et un déséquilibre de leurs constituants peuvent conduire à un surpoids et exposer aux risques cardiovasculaires. À cette fin, il faut non seulement encourager la consommation de poisson et de matières grasses d'accompagnement riches en acides gras oméga 3 (colza, soja, noix), mais aussi restreindre la consommation d'aliments riches en graisses animales, tels que par exemple les charcuteries et les pâtisseries salées. Il est aussi recommandé de limiter les apports en acides gras trans totaux à moins de 2% de l'apport énergétique total, et de réduire la consommation de certains aliments principaux vecteurs d'acides gras trans d'origine technologique (viennoiseries, pâtisseries, produits de panification industrielle, barres chocolatées et biscuits).



L'augmentation du nombre de personnes devant bénéficier d'une alimentation à texture modifiée rend nécessaire la formation de l'équipe de cuisine à cette technique culinaire, notamment afin de rendre cette alimentation la plus attrayante possible.

Les régimes restrictifs ne doivent pas être systématiques, et doivent être prescrits par un médecin. Ils doivent rester rares dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les personnes âgées ayant d'abord besoin du maintien d'une alimentation diversifiée, de qualité, et en quantité suffisante pour éviter les risques de carence nutritionnelle aux conséquences délétères évidentes.

Le plaisir de manger et la convivialité sont à encourager, la contrainte alimentaire (contrôle du sel ou des glucides par exemple) devant rester rare (traitement aux corticoïdes à forte dose, ou insuffisance cardiaque grave, par exemple). A cet égard, les goûts et habitudes alimentaires de la personne âgée doivent être pris en compte.

Organisation de la répartition et de la distribution des repas aux personnes âgées en institution

Pour les personnes âgées en institution, la journée s'articule en 4 repas : petit-déjeuner, déjeuner, goûter obligatoire dans l'après-midi, et dîner. Il convient de prévoir une ou plusieurs collations, diurnes et nocturnes, pour les personnes ayant des besoins nutritionnels augmentés, ou des difficultés à consommer un repas complet. Une collation doit être à disposition de l'équipe de nuit, et être proposée vers 22h aux personnes le souhaitant, ou à celles désignées par l'équipe soignante.

Composition du petit-déjeuner des personnes âgées en institution

Le petit déjeuner étant toujours un des repas les plus appréciés par cette population, il doit être d'apport énergétique élevé : par exemple café au lait sucré enrichi de poudre de lait demi-écrémé, pain beurre et confiture, jus de fruit à teneur garantie en vitamine C. Le jus de fruit peut-être proposé plus tard, vers 10h.

Composition du déjeuner et du dîner des personnes âgées en institution

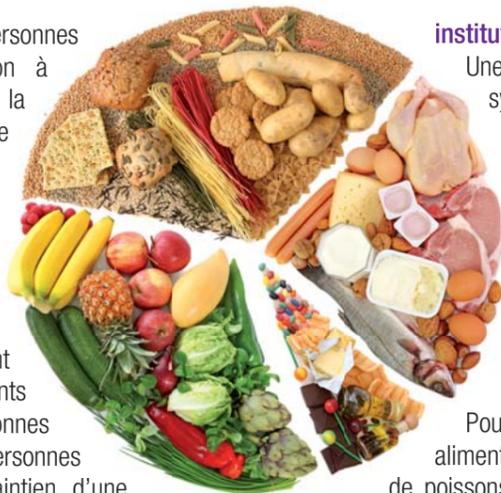
Les menus doivent être conçus autour de 5 composantes le midi et d'au minimum 4 le soir.

Du fait de l'âge, la nourriture doit être salée et assaisonnée sans restriction. Pour les personnes ayant un faible appétit, il convient d'encourager l'ajout de sel, d'arômes ou d'épices

La cuisine doit être assaisonnée et salée sans restriction du fait de l'âge. L'alimentation à texture modifiée doit apporter la même quantité de viande, poisson ou œuf que celle à texture non modifiée. La vaisselle doit être adaptée aux plats mixés, afin que leur présentation soit agréable (verrines, coupelles, petits bols, etc.).

Le plateau de fromages doit être proposé à chaque repas, et comporter des fromages à la coupe, en privilégiant ceux riches en calcium (emmental, st nectaire, edam, gouda, st paulin, tome, mimolette, cantal, raclette, bleu, pont l'évêque...).

Composition de la ou des collations des personnes âgées en



institution

Une collation, ou goûter, doit être servie systématiquement l'après-midi, et comprendre une boisson au lait ou équivalent (flan, yaourt, etc.), accompagnée d'un élément céréalier (biscuits ou autres, pain-beurre ou confiture). Il convient d'offrir la possibilité de choisir d'autres types de pain que le pain blanc, tels que par exemple le pain fabriqué avec de la farine de type 80, le pain bis ou aux céréales, plus riches en fibres, minéraux et vitamines.

Pour toutes les populations, dans le cadre d'une alimentation diversifiée, la consommation de 2 portions de poissons par semaine est recommandée, dont une à forte teneur en EPA (acide gras eicosapentaénoïque) et DHA (acide gras docosahexaénoïque) (saumon, sardines, maquereau, hareng, truite fumée), en variant les espèces et les lieux d'approvisionnement (sauvage, élevage, lieux de pêche etc.). Cette consommation permet une couverture optimale des besoins en nutriments, tout en limitant le risque de surexposition aux contaminants chimiques.

Fréquences de service des plats aux convives

Pour les personnes âgées en institution, le contrôle des fréquences est effectué en cumulant déjeuners et dîners, soit sur la base minimale de 40 repas successifs. Un plat peut être pris en compte au titre de plusieurs critères de fréquence.

Contrôle de l'équilibre alimentaire

Il appartient au prestataire de fournir à la collectivité publique la preuve que les fréquences par catégories d'aliments sont respectées, sur un minimum de 20 repas successifs. Cependant, le prestataire ne peut pas être tenu responsable des modifications apportées aux fréquences de service des plats, si celles-ci sont validées ou exigées par l'acheteur. A cet égard, l'acheteur, ou son représentant, doit approuver par écrit en bonne et due forme les menus décidés par la commission qu'il aurait mise en place à cet effet.

Contrôle sur les menus

Le contrôle sur les menus porte sur le respect de l'équilibre alimentaire quotidien. Chaque jour, le menu proposé doit être équilibré et respecter la composition suivante :

- un plat protidique à base de viande, de poisson, d'œufs ou de protéines végétales ;
- un plat au moins de légumes et/ou des fruits crus ou cuits ;
- une source de calcium laitier : entrée, produit laitier, fromage, dessert lacté ou lait boisson



Le PLAN Obésité (2010-2013)

Pourquoi un « Plan obésité » ?

En France, près de 15 % de la population adulte est obèse. La prévalence était de l'ordre de 8,5 % il y a douze ans. Un enfant sur six présente un excès de poids. L'augmentation de la prévalence de l'obésité au cours des dernières années a concerné particulièrement les populations défavorisées et les formes graves. L'obésité est une maladie chronique qui connaît une tendance à l'aggravation avec le temps.



Développer la prévention, intervenir précocement sur les processus physiopathologiques est donc essentiel. Des progrès sont nécessaires dans l'organisation de soins (accessibilité, lisibilité, cohérence de la chaîne de soins), la formation des professionnels de santé et l'adaptation des équipements pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Le Chef de l'État a lancé un Plan obésité afin d'enrayer la progression de la maladie et de faire face à ses conséquences médicales et sociales.

Un plan d'action sur trois ans

Les propositions de la commission portent sur la recherche, la prévention et l'organisation des soins.

Le PNNS 3 (2011-2015)

Le PNNS 3 ou Programme National de nutrition Santé 3 (2011-2015) fait suite aux deux premiers programmes menés en 2001 et 2006 par le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé ainsi que par différentes Unités de Recherche. Il a pour but, comme les précédents, de promouvoir l'accès généralisé à une alimentation équilibrée et variée ainsi que de valoriser la pratique d'une activité physique régulière. L'objectif commun de ces programmes est de prévenir l'apparition de certaines maladies (cardiovasculaires, obésité, diabète) dont l'origine peut être alimentaire. Le PNNS 3 veut également réduire les inégalités sociales en matière d'alimentation.

Ce nouveau PNNS présente plus de 40 propositions répartis selon quatre thématiques

Réduire le surpoids et l'obésité dans la population française

- Stabiliser la prévalence de l'obésité et réduire le surpoids de 10% chez les adultes
- Diminuer de 15% la prévalence du surpoids et l'obésité chez les enfants et adolescent

Augmenter la pratique d'activités physiques et sportives régulières

- Augmenter l'activité physique de 20% chez les adultes

- Arriver à ce que 50% des enfants ai une activité physique intense régulière
- Diminuer de 10% le nombre de temps moyen journalier passé par les enfants devant un écran (TV, ordinateur)

Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels

- Augmenter la consommation de fruits et de légumes pour que 70% des adultes et que 50% des enfants en consomment au moins 3.5 par jour et que 50% des adultes et 25% des enfants en consomment 5 par jour
- Réduire la consommation de sel à 8g par jour chez les hommes et à 6.5g par jour chez les femmes et les enfants
- Améliorer la répartition des macronutriments dans les apports énergétiques
- Augmenter les apports en calcium dans les groupes à risque
- Lutter contre la carence en fer chez les femmes en situation de pauvreté
- Améliorer le statut en vitamine B9 des femmes en âge de procréer
- Promouvoir l'allaitement maternel

Réduire la prévalence de pathologies nutritionnelles

- Diminuer de 5% la cholestérolémie moyenne des adultes
- Augmenter le nombre de patient traités pour l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle

Le Plan obésité comporte quatre axes prioritaires :

1. Améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage chez l'enfant et l'adulte

2. Mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique.

Une attention spécifique est portée à l'amélioration de l'alimentation en milieu scolaire, la restauration collective, la restauration solidaire, et à l'activité physique pour la santé. L'axe prévention sera conduit en étroite relation avec le Programme national nutrition santé (PNNS 2011 - 2015) et le Programme national pour l'alimentation, en particulier dans ses volets « Faciliter l'accès de tous à une alimentation de qualité » et « Améliorer l'offre alimentaire ».

3. Prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre la discrimination.

Dans le domaine de la prévention, le gradient social intervient également dans l'impact des messages, en partie du fait d'obstacles pour les mettre en œuvre. La discrimination, dont sont victimes les personnes obèses, est documentée par des études scientifiques. Elle se traduit par des difficultés à l'embauche, retentit sur les revenus à qualification égale. C'est une source d'altération de l'image de soi et parfois de désinsertion.

4. Investir dans la recherche.

L'analyse des comportements de consommation et de l'impact de la communication et des messages de santé publique en sera une des priorités de l'observatoire de la qualité de l'alimentation. L'un comme l'autre sont salués comme des réussites à consolider.

Le PNNS traite ainsi de la nutrition comme déterminant de la santé de la population française. Différentes actions de sensibilisation seront menées auprès du personnel des Caisses d'Allocations Familiales ainsi que de tous les travailleurs sociaux visant à valoriser l'activité physique régulière et l'alimentation équilibrée. Les écoles ou les centres périscolaires se verront dans l'obligation de respecter les règles nutritionnelles au restaurant scolaire (plus de fruits et de légumes notamment). À l'université, l'éducation nutritionnelle sera encouragée et valorisée. L'accès à une nourriture équilibrée et variée sera facilité pour les personnes âgées et/ou isolées, ou encore aux personnes en situation de pauvreté. Dans le milieu hospitalier, une offre alimentaire labellisée sera mise en place afin d'adapter au mieux l'alimentation, aux besoins de chaque patient. D'autres mesures du PNNS viseront à rapprocher les producteurs des consommateurs, à améliorer la sécurité sanitaire des produits et à développer certaines variétés alimentaires (le plus souvent végétales) afin de privilégier les valeurs nutritionnelles, organoleptiques et environnementales de tels produits.

