



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTE PUBLIQUE

-2010-

PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTE ET PROGRAMME OFFRE ALIMENTAIRE

**Quelles synergies ou complémentarités pour réduire
les inégalités sociales de santé ?**

Groupe n° 12

- ALLOMBERT Anicette (D3S)
- BENABIDA Rachida (D3S)
- CORP Anne-Marie (DS)
- COURTOIS Adrien (IASS)
- DERCHE Laurence (DS)

- DUBOIS Bruno (D3S)
- GODEFROY Béryl (DH)
- LEPOIVRE Hélène (MISP)
- DE MENACA Charles (DH)
- PAILLOUX Aurore (IASS)

Animatrice : Dr Danièle MISCHLICH

Sommaire

Remerciements	4
Liste des sigles utilisés	5
Introduction	9
I. PNNS et PROA: deux approches contribuant à réduire les inégalités sociales de santé .	11
A. Les axes de complémentarité et de synergie des plans	11
1. Présentation des plans nationaux	11
2. Les synergies et complémentarités des plans	12
a. Les synergies thématiques	12
b. Les synergies institutionnelles.....	14
B. Les acteurs du PNNS et du PROA : une organisation complexe	15
1. La multiplicité des acteurs	15
a. L'échelle européenne	15
b. L'échelon national.....	15
c. Les acteurs régionaux	16
d. Le niveau local	17
2. Un échelon régional incontournable	17
C. Des plans à leur application locale : diversité des actions, mesures et outils développés	18
1. Des supports de diffusion variés	18
2. L'application locale à travers le relais des prestataires.....	19
II. La prise en compte des inégalités sociales de santé par les deux plans : quelles réponses sur le terrain ?.....	22
A. Les actions menées sur le terrain	22
1. Les actions menées par les institutions	22
2. Les actions menées par les professionnels de terrain	23
B. Les limites soulignées par les acteurs: une analyse critique.....	24
1. Les limites soulignées par les acteurs au niveau institutionnel	24
2. Les limites soulignées par les acteurs au niveau local	25
C. Perspectives pour renforcer l'efficacité des plans dans la lutte contre les inégalités sociales de santé	28
1. Les propositions des acteurs.....	28
2. Les axes de réflexion pour une meilleure organisation de la politique de la nutrition et de l'alimentation en France	29
Conclusion.....	31
Bibliographie.....	32
Annexes.....	37

Remerciements

Nous tenons à remercier :

- notre animatrice, Docteur Danièle MISCHLICH, médecin inspecteur régional à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile de France, pour sa disponibilité et son accompagnement dans la réalisation de ce travail.
- l'ensemble des professionnels et des bénévoles rencontrés pour la disponibilité dont ils ont fait preuve au cours des entretiens, pour leur implication et le partage de leur expérience sur la thématique de notre sujet.

Nous tenons plus particulièrement à remercier : Madame AUFFRET, Madame BERAUD, Monsieur DELAERE, Madame FERRON, Madame GASSIOT, Monsieur LEBEL, Madame LE GALL, Madame PION, Madame RAHMANI, Madame RIO, Madame STOROGENKO et Madame TALLEC pour le temps qu'ils nous ont accordé.

Enfin, nous saluons l'ensemble de l'équipe pédagogique du MIP, pour l'organisation et la gestion de ce module durant trois semaines.

Liste des sigles utilisés

AFSSA	Agence française de sécurité sanitaire de l'alimentation
ARS	Agence régionale de santé
ANDES	Association nationale des épiceries solidaires
ASV	Atelier santé ville
CAF	Caisse d'allocations familiales
CCAS	Centre communal d'action sociale
CLAN	Comité de liaison alimentation et nutrition
CLS	Contrats locaux de santé
CNA	Conseil national de l'alimentation
COPIL	Comité de pilotage (du PNNS)
CODES	Comité départemental d'éducation pour la santé
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRALIM	Comité régional pour l'alimentation
CRES	Comité régional d'éducation pour la santé
CROA	Comité régional de l'offre alimentaire
CRS	Conférence régionale de santé
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CUCS	Contrats urbains de cohésion sociale
DEGESCO	Direction générale de l'enseignement scolaire
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DRJSCS	Direction régionale des la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (fondues dans les nouvelles ARS)
DRAAF	Direction régionale de l'alimentation de l'agriculture et de la forêt
DGAL	Direction générale de l'alimentation
DGS	Direction générale de la santé
DRASSIF	Direction régionale des affaires sanitaires et sociale de l'Ile de France
DSN	Défi santé nutrition
EPS	éducation pour la santé
EHPAD	Etablissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes
GEMRCN	Groupe d'études des marchés restauration collective et nutrition
GRSP	Groupement régional de santé publique
HPST	(loi dite) désigne la loi « Hôpital, santé, patients et territoires » publiée au JO le 22 juillet 2009
IGAS	Inspection générale des Affaires Sociales
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé

INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INRA	Institut national de la recherche agronomique
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
LMA	Projet de « Loi de modernisation agricole »
MAAP	Ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche
MIN	Marché d'intérêt national
MSA	Mutualité sociale agricole
OMS	Organisation mondiale de la santé
OQALI	Observatoire de la qualité de l'alimentation
ORS	Observatoire régional de santé
PAA	Programme d'aide alimentaire
PAI	Programme alimentation et insertion
PEAD	Programme européen d'aide aux démunis
PLS	Projets locaux de santé
PNA	Plan national de l'alimentation
PNNS	Programme national nutrition santé
PRAPS	Programme régionaux d'accès à la prévention et aux soins
PROA	Programme régional de l'offre alimentaire
PRS	Projet régional de santé
PRSP	Plan régional de santé publique
UNCCAS	Union nationale des CCAS
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie

Méthodologie

Notre démarche s'est déroulée sur trois semaines au sein d'un groupe de travail composé de deux directeurs de soins, deux élèves inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, deux directeurs d'hôpital, trois directeurs d'établissement sanitaire social et médico-social et enfin d'un médecin inspecteur de la santé publique.

Notre travail s'est orienté dans un premier temps vers la recherche documentaire dirigée et assistée par le Dr Danièle MISCHLICH. Cette recherche orientée par l'animatrice a très rapidement permis de déterminer la problématique du sujet, de délimiter les contours de l'enquête et d'envisager la suite de travaux à mener. L'initiative de notre animatrice de prendre des contacts téléphoniques préparatoires aux entretiens sur le terrain a permis un déroulement efficace de l'enquête et a ainsi concouru à la dynamique de groupe.

Conformément aux consignes des organisateurs du module, nous avons désigné un référent logistique, un secrétaire de séance et un rapporteur. Une grille d'entretien a été définie et a facilité la rédaction des synthèses diffusées à tous les membres du groupe.

Pour chaque entretien, nous nous sommes efforcés de créer des sous-groupes de travail mixtes mettant en avant l'inter-professionnalité de nos parcours.

Parallèlement, un travail de lecture et de documentation a été mené par tous les membres du groupe afin d'être en mesure dès la deuxième semaine d'aborder un plan détaillé qui a fait l'objet d'un consensus et a été soumis pour avis à l'animatrice.

La dernière semaine a été plus particulièrement consacrée à la rédaction et à la mise en forme du rapport final et de la présentation orale. Nous nous sommes attachés à former un comité de lecture pour chacune des parties. Composé de quatre élèves de filières différentes, le comité était chargé de relire, d'harmoniser et de mettre en forme les contenus. Par ailleurs, deux élèves devaient établir la bibliographie, la liste des sigles et les annexes.

Si l'intérêt de la phase entretien est évident, la plus-value de ce travail réside bien dans l'approche pluridisciplinaire et la complémentarité des points de vue et d'action qui a été perçue par tous les membres du groupe lors des débats et discussions. Dans cette dynamique

croisant les compétences individuelles, nous sommes parvenus à adopter ensemble, non pas une simple perspective de travail, mais une réelle réflexion de futurs acteurs des politiques de santé.

La pluralité des visions née de la diversité des origines professionnelles et universitaires des membres du groupe a permis de nourrir le débat d'idée et les échanges, chacun ayant et des connaissances et un intérêt différents pour le sujet. L'étude a été l'occasion de confronter les conceptions et de faire évoluer les réflexions sur le thème de la nutrition, thématique phare de santé publique, et de la précarité. Le module interprofessionnel apparaît ainsi comme un exercice très enrichissant.

Introduction

Référence gastronomique mondiale, la France est un pays où l'alimentation est synonyme d'identité, de goût, de plaisir d'être ensemble. Notre culture alimentaire est considérée comme un patrimoine national : l'alimentation et le choix des produits sont associés à la richesse des terroirs, à la commensalité, à la convivialité. Si les pratiques alimentaires sont ancrées dans la culture de notre pays (gastronomie, patrimoine culturel), elles touchent aussi à la santé (sécurité sanitaire, prévention nutritionnelle) et à l'économie (budget, marchés alimentaires, production). Cette diversité ne saurait pourtant masquer une réalité : la persistance des différences sociales en matière de consommation alimentaire. Les déséquilibres alimentaires et la lutte contre les inégalités sociales de santé sont ainsi devenus une priorité des politiques publiques de l'alimentation et de la nutrition.

Le Plan National Nutrition Santé (PNNS) mis en œuvre depuis 2001 par le ministère de la santé et reconduit pour la période 2006-2010 (PNNS2) est un plan de santé publique portant l'accent sur l'éducation du consommateur et sur l'offre alimentaire. Il a pour objectif d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition.

Le Ministère de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Pêche prend plus particulièrement en charge les actions relatives à l'offre alimentaire (plan d'action pour une politique de l'offre alimentaire diversifiée et durable)¹. Ces actions sont déclinées au niveau régional à travers des plans régionaux d'offre alimentaire (PROA)² et conçus selon les orientations fixées par le ministère, mais propres au contexte de chaque territoire.

Outre les actions sur la nutrition et l'alimentation, le PNNS et les PROA participent et contribuent à lutter contre les déséquilibres alimentaires et les inégalités sociales de santé, notamment en prévoyant des actions spécifiques en faveur de publics particuliers. Quelles synergies et complémentarités peut-on identifier entre ces deux plans et dans quelle mesure contribuent-ils à réduire les inégalités sociales de santé?

L'action en matière de prévention nutritionnelle et d'offre alimentaire, si elle est programmée au niveau national, se décline légitimement au niveau régional et local, en

1 Plan d'action pour une politique de l'offre alimentaire diversifiée et durable, septembre 2008

2 Circulaire DGAL/SDQA/C2009-8001 du 2 janvier 2009 relative aux plans d'action régionaux pour une politique de l'offre alimentaire sûre, diversifiée et durable

proximité avec les populations. Les nouvelles agences régionales de santé (ARS³ prévoient de renforcer la dynamique avec les municipalités de plus en plus actives dans les politiques de nutrition et d'alimentation, notamment au travers des futurs contrats locaux de santé. Pour de nombreux acteurs déjà investis, cette réforme constitue l'occasion de consolider et d'harmoniser des démarches territoriales qui relèvent actuellement d'expérimentations ponctuelles, ou de dispositifs «d'exception».

Dans quelle mesure ces politiques s'articulent-elles et déclinent-elles les plans PNNS et PROA ? Quelles sont les actions pertinentes développées en faveur des populations en situation de précarité et quels sont les acteurs en présence?

Le PNNS et le PROA apparaissent dans un premier temps comme des plans distincts et complémentaires. Si certains axes de complémentarités et des synergies existent, les acteurs sont multiples et présents à de nombreux niveaux. La déclinaison au niveau régional puis local s'appuie sur des supports de communication et des prestataires qui relaient les actions auprès des populations afin de réduire les inégalités de santé (I).

Les acteurs de terrains, qui traduisent les plans notamment auprès des personnes les plus démunies, travaillent sur de nombreux projets. Leurs témoignages soulignent un certain nombre de limites et de failles des plans. Des propositions et perspectives peuvent donc être envisagées afin de combler les failles et d'améliorer l'efficacité des plans en créant une véritable synergie et complémentarité (II).

3 Mises en place par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) du 21 juillet 2009.

I. PNNS et PROA: deux approches contribuant à réduire les inégalités sociales de santé

A. Les axes de complémentarité et de synergie des plans

L'élaboration d'une politique nutritionnelle est devenue, au cours des dernières années, une priorité de santé publique. Le rôle joué par la nutrition comme facteur de protection ou de risque face à certaines pathologies (cancer, maladies cardio-vasculaires, ostéoporose, obésité, diabète de type 2) est de mieux en mieux connu. Si la nutrition n'en n'est pas le seul facteur déterminant, il est cependant plus facile d'intervenir sur cet élément.

1. Présentation des plans nationaux

Pour tenter de répondre à un problème de santé publique qualifié « d'épidémie d'obésité », touchant particulièrement les populations les plus défavorisées, le Ministère de la Santé a lancé en 2001 puis renouvelé en 2006 le Programme National Nutrition Santé (PNNS)⁴. Il s'appuie sur les travaux du Haut Comité de Santé Publique afin de proposer des mesures qui contribueraient à l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur la nutrition. Le premier PNNS a établi un socle de repères nutritionnels et a mis en place une large campagne d'information et de communication sur le thème de la nutrition.

Le PNNS 2 (2006-2010) retient plus précisément une série d'objectifs quantifiés. Il s'est fixé neuf objectifs prioritaires dont il assurera le suivi et l'évaluation régulière parmi lesquels : une diminution de 20% de la prévalence du surpoids et de 5% de la cholestérolémie moyenne ; une augmentation de 25% de l'activité physique. Il s'est également fixé dix objectifs nutritionnels spécifiques. Le PNNS2 déploie diverses actions en vue de répondre à de nouvelles ambitions en matière de :

- prévention (éducation nutritionnelle), d'information, d'orientation et d'action sur l'offre alimentaire,
- dépistage précoce et prise en charge des troubles nutritionnels (obésité, dénutrition),
- ciblage sur les populations défavorisées et les personnes précaires.

4 . L'obésité est un problème majeur de santé publique, elle a augmenté rapidement depuis une vingtaine d'années. Les écarts entre groupes sociaux se sont creusés (25% d'enfants défavorisés sont en surpoids). Les personnes en situation de précarité sont plus exposées au surpoids et à l'obésité, pour un cumul de raisons : financières (les produits les moins chers sont souvent les plus caloriques), culturelles (méconnaissance de la préparation des aliments, moindre accès à la l'activité physique et sportive, ...), et un mode de vie plus orienté vers la survie au quotidien qu'au maintien de son capital santé.

Il renforce également l'effort de recherche et d'expertise nutritionnelle, et lutte contre les phénomènes de stigmatisation sociale.

Le plan régional de l'offre alimentaire (PROA), quant à lui, est la déclinaison du plan d'action pour un accès à l'offre alimentaire sûre, diversifiée, pour tous, et durable, du Ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation et de la Pêche au niveau de la région⁵. Plans triannuels (2009-2011), les PROA veillent à inscrire leur action en cohérence avec les orientations et les plans européens et nationaux. Ils sont un levier incontournable de l'amélioration de la production et de la distribution alimentaire dans le respect de l'offre alimentaire et de l'information des consommateurs.

Les actions du plan régional de l'offre alimentaire s'articulent autour de quatre thèmes :

- la participation des partenaires locaux à la distribution de fruits dans les structures scolaires, avec un accompagnement pédagogique, afin de mettre en place une véritable éducation alimentaire.
- le soutien à la consommation de produits issus de l'agriculture biologique en restauration collective, particulièrement dans les restaurants administratifs des services déconcentrés de l'État, ainsi que l'appui aux actions des industriels en faveur de l'offre alimentaire.
- l'aide alimentaire aux plus démunis propose de faire connaître aux industries alimentaires de la région le plan européen d'aide aux plus démunis et en compléter le dispositif par des aides en nature.
- l'information du consommateur.

Des actions complémentaires, propres à chaque région, sont mises en place en fonction des spécificités locales. Chacune d'elles décline ainsi la politique nationale, en établissant un diagnostic, un plan de communication et la mise en œuvre d'actions.

2. Les synergies et complémentarités des plans

S'il s'agit bien de deux plans distincts, répondant à des logiques, des financements et des administrations différentes, plusieurs volets du PROA et PNNS apparaissent néanmoins comme complémentaires.

5 Circulaire du 2 janvier 2009- précisé par la circulaire du 15 mars 2010

a. Les synergies thématiques

Le Plan d'action pour l'accès à une offre alimentaire est présenté comme une déclinaison possible du volet « offre alimentaire » du PNNS, comme il est précisé dans la circulaire du 20 janvier 2009⁶. Lorsque cela s'avère possible, diverses actions sont donc menées de manière complémentaire.

Les plans assurent ainsi la promotion du repère de consommation sur les fruits et légumes, en favorisant les initiatives qui améliorent leur accessibilité tout en soutenant l'innovation et une offre alimentaire suffisante et diversifiée pour satisfaire la demande. Cela nécessite à la fois un travail de sensibilisation et d'éducation du consommateur. Les PROA prévoient de soutenir les actions pédagogiques à destination des enfants sur le rôle culturel et convivial de l'alimentation⁷. En lien avec l'ARS, ils veillent à leur conformité avec les orientations du dossier « nutrition à l'école »⁸. Dans ce cadre, il est proposé de labelliser les actions au travers de l'utilisation du logo PNNS.

Les deux plans cherchent à permettre à la population de faire des choix alimentaires et nutritionnels éclairés. Afin de réaliser cet objectif, le PROA comme le PNNS ont choisi de cibler leurs actions sur des structures ou des publics particuliers. Par exemple, un objectif commun aux deux plans est de faire de la restauration collective le lieu idéal de prévention et d'éducation en matière d'alimentation et de nutrition⁹. La variété des plats proposés, leur offre nutritionnelle, une information sur l'importance des apports alimentaires, permettent aux consommateurs de mieux choisir leurs plats. L'ARS doit être associée à cette action afin de bien articuler le PNNS et le PROA.

Une des actions proposée par le plan d'offre alimentaire¹⁰ vise à inciter et accompagner les entreprises agro-alimentaires à s'investir dans les chartes d'engagement de progrès nutritionnel prévues par le PNNS. D'une durée de deux ans au moins, celles-ci s'engagent par exemple à réduire le taux de sucre, de sel, d'acides gras saturés et à augmenter la teneur en fibres ou glucides complexes. Encouragées par les PROA, elles associent les normes issues du PNNS2 dans l'élaboration des repères.

Les dispositions des PROA prévoient des mesures visant à favoriser l'écoute du consommateur et la réponse à son besoin d'information¹¹ face à l'évolution de la société. En effet, le

6 « Au sein de ce programme gouvernemental [PNNS2], le ministère de l'agriculture et de la pêche est plus particulièrement en charge des actions relatives à l'offre alimentaire ».

7 Action n°7, circulaire du 15 mars 2010.

8 Cosigné par la DGS, la DGAL et la DGESCO (direction générale de l'enseignement scolaire).

9 Action n°9.2 et 9.3 de la circulaire du 15 mars 2010

10 Action n°10. 1 de la circulaire du 15 mars 2010

11 Action n°18 circulaire du 15 mars 2010

lien au monde agricole est distendu, les processus de transformation industrielle sont méconnus et l'offre alimentaire énormément élargie. Des actions d'éducation peuvent être dispensées afin de permettre des choix éclairés. Les guides élaborés par l'INPES et le site www.mangerbouger.fr ainsi que des actions d'information soumises à la procédure « logo PNNS » peuvent être organisées afin de renforcer l'information du consommateur tout en utilisant l'expertise des DRAAF, des ARS, les DRJSCS et leurs partenaires sur tous les sujets relatifs à l'alimentation.

Enfin, le PROA préconise la mise en place d'actions relatives à l'aide alimentaire en faisant explicitement référence au PNNS¹². Ce dernier intègre l'aide alimentaire aux personnes démunies de manière transversale et les outils de communication actuels sont repensés afin de toucher plus particulièrement ces publics. Il est prévu que les associations du champ social, en contact direct et quotidien avec les personnes défavorisées, soient sensibilisées à la problématique de la nutrition et mobilisés comme relais de ces politiques.

Les dispositifs soutenus par les PROA dans cette perspective consistent à faire connaître aux entreprises agro-alimentaires le PEAD, le PNAA et leur mode d'organisation en appels d'offre afin de les encourager à y répondre. Des actions sont également conduites au niveau national pour informer et intéresser les populations et les acteurs de l'aide alimentaire à la consommation de fruits et légumes.

b. Les synergies institutionnelles

Si les synergies thématiques existent, leur mise en oeuvre ne peut être effective que s'il existe des synergies institutionnelles permettant d'établir un lien entre les deux plans.

- L'observatoire de la qualité alimentaire (OQALI), créé par le PNNS, est un relais de veille et d'information précieux pour les deux plans. Il a pour objectif de suivre l'état du marché de l'offre alimentaire sur des paramètres tant sanitaires qu'économiques. L'observatoire publie, sur la base d'indicateurs spécifiques, un rapport annuel de l'état nutritionnel de l'offre alimentaire. L'OQALI est une structure intéressante de production de l'information pour les mises en oeuvre des PROA et PNNS.
- Une mission conjointe d'inspection du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Agriculture a été menée depuis octobre 2009 pour évaluer le PNNS. Le rapport produit à l'issue de cette

mission propose une analyse et un certain nombre d'orientations et de perspectives d'évolution et de synergies entre le PROA et le PNNS.

- Mais c'est au niveau territorial que les synergies semblent les plus développées, de manière formelle ou informelle. Au niveau régional, les organismes sont parfois étroitement imbriqués. Ainsi, les ARS peuvent être membres des Comités Régionaux de l'Alimentation (CRALIM) et les DRAAF des Comités Régionaux Nutrition-Santé. Par exemple, dans certaines régions, les actions du PROA sont à la fois pilotées par la DRAAF et l'ARS. Au niveau local, les villes notamment, au moyen de différents contrats et outils (ASV, chartes ville active PNNS...) articulent les deux plans afin d'en déployer toute leur richesse.

B. Les acteurs du PNNS et du PROA : une organisation complexe

Si de multiples acteurs, à tous les niveaux, prennent part à la mise en œuvre des plans PNNS et PROA, l'échelon régional se révèle être incontournable.

1. La multiplicité des acteurs

Les concepteurs des deux plans ont souhaité impliquer dès le début tous les acteurs concernés par la problématique de l'alimentation et de la nutrition : l'ensemble des ministères issus du champ (santé, agriculture, éducation nationale) ainsi que les autres structures telles que les collectivités territoriales, l'assurance maladie ou le système mutualiste. Dès leur mise en œuvre, ils ont établi un lien entre le niveau européen, national et le niveau régional et local, l'échelon national concevant davantage les outils validés et offrant de fait un cadre de référence pour le développement essentiel des actions de terrain.

a. L'échelle européenne

A l'échelle européenne, la Commission Européenne, Emploi, Affaires Sociales et Egalité des chances a défini pour 2010 un axe prioritaire de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Dans cette perspective, elle s'est engagée par le biais des politiques nationales à réduire les inégalités sociales de santé, avec la mise en place depuis 1987 du PEAD. Elle promeut différents secteurs d'activité dans le cadre d'une dynamique solidaire entre les générations, tout en assurant un développement durable.

b. L'échelon national

Les ministères de la santé et de l'agriculture fixent les orientations nationales. Aussi de nombreux acteurs contribuent à l'élaboration, au pilotage et à la mise en oeuvre des plans.

Le Comité Stratégique du PNNS, créé par arrêté du Ministère de la Santé le 31 mai 2001, donne des avis sur les orientations et les actions à développer en cohérence avec les objectifs du PROA afin de mieux évaluer sa mise en oeuvre. Le comité inclut notamment les différents ministères en lien avec la thématique de la santé, de la recherche et de la sécurité alimentaire.

Le Comité de Pilotage du PNNS, quant à lui, met en place la coordination et le suivi opérationnel de la mise en oeuvre des différents plans santé-nutrition, en facilitant l'information et la concertation avec les différents partenaires. Il s'agit également d'assurer la cohérence avec d'autres plans nationaux comme le plan cancer ou le plan bien vieillir.

L'INPES¹³ a pour mission de mettre en oeuvre pour le compte de l'Etat et ses établissements publics, les programmes de santé publique, d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé, d'assurer le développement de l'éducation pour la santé.

S'il existe une politique d'offre alimentaire au niveau national¹⁴, elle est davantage élaborée au niveau régional. Cependant, l'Institut National de la Recherche Agronomique (INRA) peut nourrir les orientations du PROA. En effet, l'INRA mène des recherches finalisées pour une alimentation saine et de qualité, pour une agriculture durable et compétitive, ainsi que pour un environnement préservé et valorisé.

c. Les acteurs régionaux

Fortement impliqué dans la thématique nutrition et santé, l'échelon régional s'inscrit dès lors dans une logique de pilotage des actions à mener sur le terrain. Le Ministère de la Santé comme le Ministère de l'Agriculture possèdent des structures relais au niveau régional.

A ce titre, les ARS sont, dans un contexte de reconfiguration du paysage sanitaire, des acteurs incontournables dans l'organisation et la prise en compte de la prévention et la promotion de la santé concernant le volet nutrition et alimentation.

Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) constituent un exemple pertinent d'outil consacré à la réduction des inégalités sociales de santé. Ils représentent un moyen de concertation et de coordination permettant d'associer de multiples partenaires :

13 Créé par la loi du 4 mars 2002

14 Plan d'action du MAAF

associations, mutuelles, hôpitaux, organismes professionnels, assurance maladie. Ils ont vocation à améliorer l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis, à travers l'analyse des besoins et la définition des priorités.

L'Observatoire Régional de la Santé (ORS) est un organisme d'études, dont la mission principale est l'aide à la décision dans le domaine sanitaire et social. Son activité consiste à repérer, rassembler, analyser et synthétiser les données sur l'état de santé de la population. Il établit par conséquent des liens privilégiés et continus avec les autres organismes de santé.

Les nouvelles Instances Régionales d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) sont des centres ressources pour les acteurs dans le domaine de la formation ,de l' accompagnement méthodologique, coordination des actions. Elles sont à l'interface entre les institutions et le terrain.

La Direction Régionale de l'Alimentation de l'Agriculture et de la Forêt (DRAAF) décline au niveau régional la politique nationale du Ministère de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Pêche. Ses missions consistent à animer, coordonner la préparation des plans d'intervention sanitaire d'urgence départementaux de lutte contre les maladies animales, d'assurer la sécurité sanitaire des aliments et de former aux métiers de ce secteur. L'amélioration de l'offre alimentaire s'inscrit plus globalement dans ces prérogatives.

Le CRALIM remplace depuis 2010 le Comité Régional de l'Offre Alimentaire (CROA). Il participe à l'élaboration et à la réalisation du PROA en facilitant la convergence entre les attentes des consommateurs et l'offre des agents économiques.

d. Le niveau local

L'engagement des collectivités territoriales sur des objectifs nutritionnels cohérents avec ceux du PNNS, s'appuyant sur les organismes, les professionnels qu'ils emploient, les associations qu'ils soutiennent et les établissements de santé, est un levier majeur de l'amélioration de la santé de la population.

Les communautés de communes et les municipalités à travers les chartes « ville active PNNS » mobilisent par ailleurs des moyens propres pour mener des actions ciblées en faveur des populations les plus démunies. L'Atelier Santé Ville (ASV), volet santé du Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS) met en œuvre dans les quartiers prioritaires, des actions en lien avec les acteurs locaux.

2. Un échelon régional incontournable

L'échelon régional est un axe stratégique pour la mise en œuvre du PNNS et des PROA. C'est à ce niveau que sont définies les priorités régionales qui encadreront et orienteront leurs déclinaisons locales. Ces grands axes sont élaborés en fonction du contexte régional tel qu'il résulte du diagnostic de terrain. La région s'affirme donc comme un véritable échelon de planification. Cela ne fait aucun doute pour les PROA qui sont des programmes régionaux, bien qu'élaborés en fonction d'orientations nationales. En ce qui concerne le PNNS, il était antérieurement pris en compte dans le volet nutrition du PRSP. Désormais, les actions en matière de nutrition seront intégrées dans le schéma régional de prévention du Projet Régional de Santé, puis déclinées dans le PRAPS et les programmes territoriaux de santé en fonction des besoins locaux. Ces derniers pourront être mis en place par le biais de Contrats Locaux de Santé. Cette nouvelle organisation régionale aura donc un impact plus grand sur les déclinaisons locales des plans.

De plus, l'échelon régional est stratégique en raison de son positionnement d'interface entre le niveau national et le niveau local. En effet, celui-ci permet à la fois de diffuser au plan local des messages nationaux, de tenir compte des besoins locaux ainsi que de la situation dans les territoires.

La région est également un véritable échelon de concertation entre les différents acteurs intervenant dans le domaine de la nutrition et de l'alimentation. Ces derniers sont réunis au sein des CRALIM et des comités techniques régionaux nutrition-santé des GRSP, bien que l'avenir de ces comités au sein des ARS soit encore indéterminé. Différents groupes de travail y abordent des sujets liés à la nutrition, comme l'offre alimentaire ou la restauration en milieu scolaire. Tel est le cas de la composition du comité régional nutrition santé des Pays de la Loire qui illustre bien la multiplicité des acteurs réunis au niveau régional. En effet, ce comité est composé de représentants de l'Education Nationale, de la Jeunesse et des Sports, de la ville de Nantes, de conseils généraux, de l'IREPS, d'établissements de santé, des Restaurants du Cœur et de la Banque Alimentaire. Les réformes en cours font naître des incertitudes sur la manière dont cette concertation régionale se fera à l'avenir. Il ressort des différents entretiens que les acteurs jugent important que soit créée une instance régionale unique de dialogue, compte tenu de la diversité et de la multiplicité des acteurs dans ce domaine. Cette concertation des acteurs permet une mise en œuvre du PNNS et du PROA au plus près des contraintes et spécificités locales et renforce son efficacité.

L'échelle régionale est aussi incontournable en tant qu'échelon de conciliation. Or, pour la mise en œuvre locale du PNNS et du PROA, la conciliation est essentielle dans la mesure où ces plans se recoupent sur certains thèmes et sont en partie complémentaires. La réussite de cette coordination dépend des relations qu'entretiennent au niveau régional les agents du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Agriculture, et des liens institutionnels entre leurs administrations.

Néanmoins, les différents acteurs concernés s'accordent à penser que celle-ci doit avant tout exister sur le plan national.

C. Des plans à leur application locale : diversité des actions, mesures et outils développés

1. Des supports de diffusion variés

Dans le cadre de la mise en place des plans PNNS et PROA, de nombreux outils, actions et mesures ont été prévus et organisés en différents axes stratégiques.

Ainsi, des repères de consommation et des modes de diffusion divers ont été mis en place. Afin de rendre plus lisible le message, la plupart d'entre eux se servent de supports variés de communication orale et visuelle:

- Le graphisme du logo PNNS illustre l'association des deux notions d'équilibre et de plaisir dans le domaine de la nutrition.
- Les guides alimentaires du PNNS et du PROA permettent d'aller au-delà de la constitution de simples orientations du type de consommation, en développant des outils de communication essayant de traiter d'une approche par famille d'individu et par problématique de santé. Avec ces derniers, les consommateurs ont des repères, quels que soient leurs modes de vie et leurs habitudes alimentaires.
- Les affiches de repères de consommation ont été réalisées par l'INPES, sous forme de pictogrammes à destination du grand public.
- Les sites internet du PNNS, du Ministère de l'Agriculture, des DRAAF et le site spécifique de l'INPES permettent de s'informer sur les actions mises en place, d'approfondir une problématique en particulier (obésité...), mais aussi de consulter les textes et documents du programme produit dans le cadre des différentes actions.
- Les campagnes publicitaires développées par l'INPES ont pour but de mieux faire connaître les repères de consommation en ciblant une population plus jeune sur un laps de temps donné (campagne de consommation de fruits et légumes « manger bouger »).
- La diffusion des documents PNNS et PROA est réalisée auprès de différents acteurs (médecins, enseignants, cantines scolaires, établissements de santé...) à travers des guides spécifiques.

L'ensemble de ces mesures constitue un vecteur essentiel de diffusion et de visibilité des plans, particulièrement du PNNS qui consacre près de 90% de son budget à ces actions de communication.

2. L'application locale à travers le relais des prestataires

Si les acteurs institutionnels et de conception des plans sont multiples et utilisent des supports de diffusion multiples visant à toucher une partie importante de la population, les plans sont traduits sur le terrain par le biais de « prestataires ». Ces derniers peuvent être des relais des acteurs régionaux, des structures locales ou encore des associations. Devant leur diversité et leur disparité selon les territoires, nous avons choisi de présenter les actions des Ateliers Santé Ville et de l'association Défi Santé Nutrition, qui nous paraissent significatives dans la mise en oeuvre des plans.

Les Ateliers Santé Ville (ASV) ont été mis en place lors du Comité interministériel des villes du 14 décembre 1999. Leur création est fondée sur un double constat:

- l'insuffisance du développement et du niveau de qualité des actions de santé intégrée à la politique de la ville ;
- le faible degré d'intégration des territoires de la politique de la ville dans les politiques de santé publique concourant à la lutte contre les inégalités sociales et spatiales de santé.

De fait, les ASV ne sont pas des structures supplémentaires, mais des lieux de coordination des différents acteurs participant à la santé publique. L'objectif clairement affiché est d'élaborer un diagnostic partagé des problèmes à traiter (identification des besoins spécifiques des populations en difficulté), d'adopter et de mettre en oeuvre un programme d'actions, de le réaliser et de procéder à l'évaluation régulière des résultats obtenus.

Ils ont été institués pour répondre à la nécessité de prendre en compte les programmes de santé locaux intégrés au Contrat de Ville, de faire valoir leur pertinence au niveau local et leur adéquation aux orientations et priorités définies dans le cadre des PRAPS. L'atelier a donc vocation à favoriser l'accessibilité aux soins et à la prévention des personnes en situation précaire.

Démarche par essence volontariste, il n'existe pas d'atelier santé ville type, de facto chacun peut se saisir des thèmes de santé publique qu'il juge le plus pertinent au regard du bassin de population qui le concerne. Cependant, il est à noter que sur les 237 ateliers recensés en 2008, 90% d'entre eux ont choisi la nutrition comme terrain d'action. Enfin, force est de constater que le

développement des ASV se fait d'une manière inégale dans le temps, selon les départements et les territoires. Par essence, ils n'existent pas en zone rurale.

Autre acteur important, l'association Défi Santé nutrition a été créée en 2003 pour promouvoir les messages de santé publique du PNNS. Une équipe de professionnels mène sur le territoire national des actions en conformité avec les recommandations et référentiels de celui-ci. Basées sur un trépied opérationnel « information formation éducation », les activités de l'association sont dirigées vers le grand public et plus particulièrement vers des populations spécifiques (enfants, adolescents, salariés d'entreprise, personnes âgées, bénévoles d'associations, ...).

Les différents axes qu'elle développe sont :

- informer et sensibiliser le grand public à la nutrition par le biais de conférences, d'interventions dans les écoles et entreprises... ;
- former, en tant qu'organisme de formation professionnelle continue accrédité; les aidants aux familles, les professionnels, les équipes éducatives et de restauration
- sensibiliser à la nutrition au travers d'ateliers cuisines, d'ateliers physiques, d'ateliers discussions... ;
- communiquer par la création d'affiches, de jeux éducatifs.

Enfin, Défi Santé Nutrition a passé une convention avec la DGS en vertu de laquelle elle anime le réseau « villes actives PNNS » via un site internet.

Ainsi, si le PNNS et le PROA sont des plans dédiés à la réduction des inégalités de sociales de santé, il est important d'en mesurer leur efficacité sur le terrain au plus près des populations.

II. La prise en compte des inégalités sociales de santé par les deux plans : quelles réponses sur le terrain ?

Pour approfondir la problématique de notre thématique, nous avons réalisé des entretiens avec des professionnels qui nous ont permis de découvrir le point de vue des institutions et des acteurs de terrain.

A. Les actions menées sur le terrain

1. Les actions menées par les institutions

Nous avons rencontré les membres de trois institutions actives en matière de nutrition et d'alimentation : le Ministère de l'Agriculture, le Ministère de la Santé et la Direction générale de la cohésion sociale.

Le Ministère de l'Agriculture est en charge de la sécurité alimentaire et de l'alimentation au sens large, ses missions allant au-delà de l'aspect sanitaire. Dans le cadre du plan d'offre alimentaire son action vise à faire connaître le PEAD et le PNAA pour en faciliter la diffusion. Dans la conception et la mise en œuvre du PROA, pour réduire les inégalités de santé, la DRIA AF mène notamment quatre types d'actions : participer à l'aide alimentaire, promouvoir l'éducation alimentaire, favoriser la recherche et la formation en restauration collective.

Le PEAD approvisionne des marchés dédiés à l'aide alimentaire avec les surplus de productions. Le PNAA correspond à des appels d'offre réalisés auprès d'industriels qui souhaitent vendre une partie de leur production. A titre d'exemple, la DRIA AF travaille en partenariat avec la DRASS d'Ile de France autour d'un « jeu » sur la nutrition à destination des populations démunies, voire d'un public plus large. Ce jeu, inspiré d'un jeu de rôle, a plusieurs objectifs. Il doit éveiller la curiosité envers les aliments, provoquer des échanges sur la façon de cuisiner, souligner la diversité et la spécificité des terroirs, expliquer la notion de saisonnalité, la manière de faire ses courses, et évoquer le moment convivial du repas. De plus la DRIA AF fournit un appui pédagogique aux écoles la sollicitant dans le cadre de l'opération « un fruit à la récré ».

Autre illustration, au sein du volet recherche, l'étude RECORDing, co-pilotée par le Ministère de l'Agriculture et par le Ministère de la Santé, est conduite par l'INSERM. Elle a pour but d'identifier les facteurs « obésigènes » en Ile-de-France. La nouveauté de cette étude est la prise en compte de l'environnement des personnes, comprenant l'offre alimentaire, les espaces verts, les possibilités d'activité physique, afin de caractériser le lien existant entre disparités territoriales et précarité.

La Direction générale de la cohésion sociale, intervient dans le champ de l'aide alimentaire. Elle mène des actions de collecte de fonds et/ ou de denrées permettant la mise en œuvre de l'offre alimentaire auprès des personnes défavorisées. Elle se situe en interface entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Agriculture et travaille en étroite collaboration avec les quatre associations caritatives agréées (secours populaire, croix rouge française, fédération nationale des banques alimentaires et restaurants du cœur). Elle réalise un maillage, avec d'une part les acteurs de la grande distribution, et d'autre part le marché d'intérêt national de Rungis, auprès desquels elle récupère les produits invendus. La mise en œuvre des actions est par ailleurs réalisée dans le cadre d'un atelier de réinsertion permettant l'accès à l'emploi pour les personnes précaires.

Lors des entretiens conduits au sein des services du Ministère de la Santé, nous avons rencontré un interlocuteur de l'ARS des Pays de la Loire. Dans le cadre du PNNS, des expériences ont été mises en place, notamment une cuisinette mobile de la banque alimentaire : une conseillère en économie sociale et familiale se déplace dans des associations et établissements pour cuisiner avec des personnes défavorisées et des étudiants. L'établissement d'un état des lieux des structures d'aide alimentaire sur la région a permis un financement d'actions, un suivi du projet entre institutions hospitaliers et associations et enfin, une mise à disposition de surplus alimentaires dont ont bénéficiés des associations caritatives.

La rencontre avec la responsable de l'IREPS de Bretagne a permis d'identifier les actions conduites dans le cadre du PNNS. Par exemple, cette instance a participé à l'appel à projet national pour la mise en place de formations pour les intervenants de l'aide alimentaire et organise également des ateliers de cuisine au niveau départemental.

2. Les actions menées par les professionnels de terrain

Parmi les professionnels rencontrés, Madame R, diététicienne agissant dans le cadre du Plan d'Aide Alimentaire (PAI) a développé une expertise dans le domaine de l'alimentation des plus démunis. Elle travaille en partenariat avec les associations de bénévoles, les travailleurs sociaux et les banques alimentaires. Ces professionnels ont une approche pluridisciplinaire, sociologique, anthropologique et alimentaire.

Parmi les démarches possibles, Madame R. met l'accent sur la responsabilisation du consommateur. En effet, même en situation de précarité les plus démunis restent des personnes, libres de choisir leur menu, leur façon de cuisiner. Dès lors, tout l'enjeu consiste à les aider à prendre conscience de la possibilité de ce choix. De plus, travailler sur les liens intergénérationnels permet une mobilisation autour de la mémoire familiale. Dans ce contexte une expérimentation a été menée à Lille avec des familles africaines, sur le thème de la tradition et de l'acquisition de nouvelles habitudes alimentaires.

A l' ASV de la ville de Nantes, nous avons rencontré la chef de projet du réseau nutrition. A ce titre elle anime un réseau « nutrition », dans le cadre de la charte « ville active PNNS », signée en 2009. Les objectifs recherchés sont d'assurer la cohérence des actions nutrition développées sur le territoire de Nantes, de construire une culture commune entre tous les acteurs, de valoriser, communiquer et impulser de nouveaux projets. En tant que ville active, Nantes peut « labelliser » son action en faveur de la nutrition. Dans la déclinaison locale (associations, villes) les populations précaires sont touchées prioritairement. L'atelier permet de construire des actions de proximité dans les quartiers prioritaires, où vivent une grande partie des ménages à bas revenus. L'ASV met à disposition sa connaissance des acteurs locaux et s'appuie sur la dynamique existante.

B. Les limites soulignées par les acteurs: une analyse critique

1. Les limites soulignées par les acteurs au niveau institutionnel

Les limites relevées par les différents acteurs sont de plusieurs ordres:

- difficulté à distinguer les champs de compétence respectifs,
- incertitudes face à la nouvelle organisation et action de l'ARS,
- difficulté d'articulation entre les deux plans notamment au niveau national,
- manque de visibilité concernant l'action des associations d'aide alimentaire,
- manque d'adaptation des plans aux différentes populations concernées, par exemple les personnes en situation de précarité sont généralement moins réceptives aux messages nationaux de santé,

- manque de coordination des associations caritatives,
- problème d'articulation des compétences entre les ARS et l'INPES,
- insuffisance de financement dans le cadre du GRSP pour des actions liées à la nutrition.

2. Les limites soulignées par les acteurs au niveau local

Au niveau local les difficultés relevées sont les suivantes :

- difficulté à appréhender les motivations des populations fragilisées à participer aux ateliers nutrition,
- nécessité de donner du sens à ces moments de rencontre,
- discours parfois inadapté et perçu comme culpabilisant,
- difficulté du public à se projeter dans un avenir à moyen terme pour protéger sa santé, alors même que la préoccupation pour s'alimenter est quotidienne,
- manque de prise en compte des critères culturels et sociaux qui introduisent de la complexité,
- difficulté d'avoir une culture commune entre les différents acteurs,
- nécessité de prendre en compte et d'agir sur l'environnement, et pas seulement sur les comportements individuels
- financement insuffisant des actions de prévention.

Les acteurs locaux ont beaucoup insisté sur la notion de temporalité. En effet, exclues d'un système, les personnes en situation de précarité n'ont plus le même rapport au temps. Celles ci en situation sociale difficile vivent pour la plupart dans l'instant présent. Très souvent, dès les premiers jours du mois, le budget mensuel est dépassé. Dès lors, s'alimenter devient un « vrai travail de galérien ». Attendre aux guichets des services de l'aide sociale ou de toute autre organisme revêt un caractère prioritaire d'autant que faire les courses sans moyen de locomotion peut prendre une journée entière

3. Analyse critique du système

Nous constatons que la gouvernance des différentes politiques conduites dans le champ de l'alimentation et de la nutrition est émanant de ministères différents est perfectible A la lumière des éléments recueillis, il apparaît que la collaboration entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Agriculture interroge. Si la DGAL déclare travailler en partenariat

avec la DGS, cette déclaration semble en contradiction avec les propos recueillis lors des différents entretiens.

Des dissonances au niveau national existent également du fait de la coexistence de deux plans distincts. La question semble relever « d'enjeux de pouvoir ».

La gouvernance des programmes est restée au niveau de l'incitation alors même qu'était prévue la création d'un comité interministériel de la politique nutritionnelle qui n'a jamais vu le jour.

Il conviendrait donc de faciliter l'harmonisation des discours nationaux et, par là même, d'agir de façon globale et concertée au niveau régional.

La nomination d'un interlocuteur unique sur les questions de nutrition faciliterait l'action des opérateurs concernés et le parcours de l'usager. Dans le domaine de l'aide alimentaire, il y aurait un intérêt à clarifier le dispositif, afin de mettre en adéquation la collecte, l'offre et les besoins des populations.

Nous pouvons nous interroger sur le sens et les synergies des différentes politiques élaborées, tant sur le plan nutritionnel qu'alimentaire. Il semble en effet que les démarches des deux plans soient cloisonnées. L'un prône une prise en charge sanitaire basée sur l'équilibre alimentaire s'adressant à toute la population tandis que l'autre met l'accent sur une aide alimentaire en direction d'une population spécifique peu réceptive aux messages nationaux. Il apparaît que ces politiques s'entrecroisent voire se superposent. A titre d'exemple, des actions de formation des acteurs de l'aide alimentaire ou de sensibilisation des bénéficiaires de l'aide alimentaire sont proposées à la fois par un comité technique régional nutrition santé et le PROA. Nous constatons pourtant une réelle volonté des acteurs locaux de coopérer qui s'exprime par l'intermédiaire d'accords, de conventions et de partenariats. Force est de constater qu'il s'agit davantage d'initiatives individuelles que d'une politique volontariste globale.

Dans l'idéal, la mise en place des ARS, dont le schéma régional de prévention est un axe fort de la restructuration sanitaire et médico-sociale, devrait permettre à terme de favoriser la coordination des actions décidées au niveau national vers le niveau régional. Les Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), instances de démocratie sanitaire, pourraient quant à elles être un lieu de concertation et d'harmonisation des politiques territoriales.

Au niveau des acteurs de terrain, nous constatons qu'un lien est créé avec les personnes en situation de précarité. En s'appuyant sur cette relation indispensable, mais fragile, les associations aident les populations les plus précaires à être acteurs de leur santé. Les acteurs sociaux relayent les messages auprès des plus démunis et les impliquent dans leur mise en œuvre. Leur action doit s'inscrire dans le long terme car il faut du temps, de la tolérance, de la persévérance, pour réinsérer, réhabiliter, réconcilier avec la vie...

C. Perspectives pour renforcer l'efficacité des plans dans la lutte contre les inégalités sociales de santé

1. Les propositions des acteurs

Différentes propositions émanent des acteurs rencontrés. Ainsi, le Ministère de l'agriculture émet l'idée d'un seul point d'entrée sur l'aide alimentaire au niveau des villes. Ce dernier pourrait être aussi bien un ASV qu'un Centre Communal d'Action Sociale. Des liens entre ces différentes structures locales devraient être noués au niveau national comme par exemple au sein de l'Union nationale des CCAS. Depuis un an et demi, ce ministère réfléchit à la mise en place d'indicateurs d'efficacité des programmes à destination des quatre associations bénéficiaires du PEAD et du PNAA. Cela permettrait de rendre le système plus lisible et faciliterait le recueil d'informations.

Par ailleurs, du point de vue de la DGCS, l'aide alimentaire est avant tout le moyen de créer du lien entre les personnes. C'est « une porte d'entrée » permettant d'établir le contact. Aussi les messages doivent-ils être adaptés à ces populations et s'inscrire dans une dimension sociologique permettant d'explicitier et d'adapter les dispositifs. La formation des bénévoles est souhaitable pour garantir la bonne qualité des actions afin d'éviter la stigmatisation dans les quartiers prioritaires. Elle devrait porter sur les valeurs de la promotion de la santé, comme le plaisir, en évitant les jugements de valeur.

Au niveau local, les acteurs soulignent que l'évolution du profil de la population en situation de précarité va nécessiter une adaptation de l'aide apportée par les associations. Ainsi, pour une personne retraitée ayant travaillé toute sa vie, la problématique de la réinsertion se révèle inadaptée, il s'agit en fait de réaliser un accompagnement de la personne. De même, lorsqu'un homme n'ayant jamais cuisiné de sa vie parce que son épouse le faisait pour lui, se retrouve seul, il doit apprendre à préparer ses repas et à aller au-delà de ses propres représentations sociales.

Par ailleurs, pour que le maillage soit efficace, les petites associations sont en attente d'un financement stable et pérenne afin d'inscrire leurs actions dans le long terme.

Il semble également nécessaire de prendre en compte la politique d'urbanisme. Cela permettrait par exemple de créer des espaces de loisirs propre à développer l'activité physique en favorisant les déplacements.

Enfin, il est important de se baser davantage sur l'analyse des besoins recueillis par les acteurs du terrain lors de l'élaboration le schéma régional de prévention de l'ARS.

2. Les axes de réflexion pour une meilleure organisation de la politique de la nutrition et de l'alimentation en France

Le rapport de l'IGAS sur l'évaluation du PNNS 2 propose deux scénarii d'évolution. Le premier scénario envisagé fait du PNNS le cadre de référence unique et obligatoire des politiques publiques dès lors qu'elles comprennent des actions ou des objectifs relevant de la politique nutritionnelle. Le PNNS aurait alors un rôle de coordination et d'harmonisation sans responsabilité directe de conduite opérationnelle. Les volets thématiques de l'actuel PNNS seraient alors soutenus soit par des plans spécifiques (par exemple, le plan obésité) soit par des politiques sectorielles plus larges portées par d'autres ministères (PNA, activité physique en milieu scolaire...). De notre point de vue, ce scénario ne serait qu'une réforme incomplète et ne permettrait pas véritablement d'intégrer le côté « offre alimentaire » et de créer une nouvelle dynamique dans ce domaine.

Le deuxième scénario possible préconise que le PNNS devienne le référentiel de toute politique ou programme public. Il maintiendrait le PNNS dans sa fonction de cadre de référence et le recentrerait sur quelques axes prioritaires d'actions dûment identifiés et des fonctions opérationnelles qu'il confierait, en nombre limité, à des chefs de file désignés devant lui rendre compte directement.

A la lumière de notre étude, ce deuxième scénario, établissant une vraie gouvernance, nous paraît plus pertinent. En effet, il aurait pour avantage d'harmoniser la politique nutritionnelle et réunirait ainsi PNNS et PROA en conservant la richesse de l'apport des différents ministères¹⁵. Ce scénario pourrait être décliné au niveau régional par une systématisation des conventions entre les différents services déconcentrés impliqués dans le plan (ARS, DRAAF, DRJSCS...). Ces conventions clarifieraient les champs de compétence. Il ne s'agirait pas de développer la même convention dans toutes les régions, mais de les élaborer en fonction des besoins définis localement.

Pour autant, la participation sur le plan local n'est pas à négliger. Elle permet en effet de concrétiser les politiques alimentaires et nutritionnels à travers des actions ciblées. Par exemple, une initiative réalisée en région Nantaise a été prise dans le cadre de l'ASV. Elle est pilotée par la la Ville et réunit des acteurs pluriels, dont le centre hospitalier universitaire, la CAF, le conseil général et différentes associations. Suite à cette réflexion, cinq ateliers

15 Le projet de Loi de modernisation de l'agriculture en discussion au Sénat prévoit un Programme national interministériel pour l'alimentation. L'enjeu est de savoir comment il serait intégré avec le PNNS dans ce scénario.

gourmands ont été créés en partenariat avec plusieurs associations. La mobilisation de plusieurs d'entre elles a permis à différents publics de se rencontrer. Ces ateliers sont animés par une diététicienne d'une association locale.

Chacun d'entre eux comprend un volet d'éducation à la santé qui répond à plusieurs objectifs :

- recréer du lien social en permettant la rencontre d'habitants de différentes conditions,
- favoriser l'estime de soi (prise de parole, donner un avis sans crainte de jugement...),
- faire le lien entre le plaisir de manger et de cuisiner,
- gérer un budget (comment se nourrir plus sainement et à moindre prix avec des denrées trouvées dans le quartier...).

Les participants à ces ateliers mettent en avant la convivialité, le partage d'idées, les échanges, la connaissance de nouvelles recettes et astuces, ainsi que l'accompagnement des organisateurs.

Cette démarche témoigne de la capacité des professionnels de terrain à positionner les personnes démunies en tant que citoyens à part entière et acteurs de leur prise en charge.

Conclusion

L'élaboration d'une politique nutritionnelle est devenue depuis le début de la décennie une priorité de santé publique. Cette politique s'est concrétisée par la création de plans de santé dont le PNNS et les PROA. Ces plans possèdent des synergies à la fois institutionnelles et thématiques. Par ailleurs, leurs mises en œuvre, qui se font essentiellement à l'échelon régional, s'inscrivent dans une logique de pilotage des actions à mener sur le terrain.

Cependant, certaines limites de ces plans, de nature institutionnelles aussi bien que locales, ont été relevées par différents acteurs. Le manque d'adaptation du PNNS aux populations les plus démunies comme l'emploi d'un discours pas toujours adapté et pouvant être culpabilisant en sont des exemples patents. Or, les pathologies liées à la nutrition touchent très fréquemment les populations vivant en situation de précarité. Dès lors, la question se pose de savoir comment aborder ces problèmes qui ne sont pas toujours nécessairement perçus par les populations précaires comme une priorité, quand l'urgence est simplement de pouvoir s'alimenter.

Les échanges que nous avons pu avoir sur ce sujet au cours de ce module ont surtout souligné que l'alimentation reste un extraordinaire acteur du lien social qui est malheureusement mis à mal dans les situations de précarités. C'est autour de cette réflexion et de la constatation de recoupements entre, d'une part, la politique de prise en charge sanitaire basée sur l'équilibre alimentaire s'adressant à toute la population et, d'autre part, l'aide alimentaire en direction d'une population spécifique défavorisées peu réceptive aux messages nationaux, que des améliorations peuvent être envisagées. Sur le plan institutionnel, il apparaît opportun que la déclinaison opérationnelle des plans soit confiée à un chef de file, précisément désigné, et rendant compte de l'état d'avancement des plans d'actions au comité de pilotage du PNNS, pour le domaine auquel il se consacre.

Dans un domaine local d'action, les différentes expériences de terrain en cours, toutes riches d'enseignements, montrent qu'il sera peut-être possible aux populations vivant en situation de précarité de s'alimenter de manière satisfaisante en conservant des préoccupations de santé à un coût accessible. Si cette approche permet une meilleure sensibilisation et une prise de conscience de l'importance de la santé à travers l'alimentation et la nutrition, alors des progrès certains auront été accomplis.

Bibliographie

I. Ouvrages

1. *Sur la nutrition et l'alimentation*

– REGNIER F., LHUISSIER A., GOJARD S., *Sociologie de l'alimentation*, collection repères La découverte, 2006, 121p.

2. *Sur les inégalités de santé*

- AIACH P., Les inégalités sociales de santé, écrits, Economica Antropos, Coll. Sociologiques.
- RAYSSIGUIER Y., JEGU J., LAFORCADE M. (co-auteurs), *Politiques sociales et de santé. Comprendre et agir*, éditions EHESP, Mars 2008
- THEVENET A., *Les institutions sanitaires et sociales de la France*, PUF, Que sais-je ?, 1995 (4^e ed.)

II. Articles

- BRETAGNE Elisabeth (MIRA-Drass), *Le Plan National Nutrition Santé en Bretagne Quelles synergies avec le Plan Offre Alimentaire?*, Le Rheu le 23 avril 2009
- CANNASSE, Entretien avec Laurent El GHOZI. *Les ASV : un nouvel outil de santé publique*, La revue du praticien – médecine générale, 2009/11124 volume 23 n°830 p. 724 à 725.
- CHAULIAC Michel, *PNNS 2006-2010. Les outils*
- CHAULIAC Michel, *PNNS 2006-2010: Prise en charge des personnes obèses, stratégie pour la conception d'une démarche cohérente, DGS, Ministère de la santé et des solidarités*
- CHAULIAC Michel, *PNNS et collectivités territoriales*
- CHAULIAC Michel, *PNNS. Ecole et restauration scolaire*
- DESCHAMPS Valérie, BELLINI-LESTIENNE Constance, NOUKPOAPE Anivi, DARMON Nicole, HERCBERG Serge, CASTETBAU Katia, *Facteurs associés aux consommations alimentaires des bénéficiaires de l'aide alimentaire : Etude ABENA*, Septembre 2007, Volume 42, n°4, p. 191 à 198.
- DETOUR Pierre-Marie, *Le schéma régional de prévention dans le projet des ARS*, Séminaire régional de réflexion du 13 mai 2009 organisé à Blois sur la promotion de la santé au sein des ARS.
- HERCBERG Serge, Les nouvelles stratégies du PNNS2, revue contact santé, septembre 2007, n°223, p. 20 à 22
- MASSEBOEUF Nathalie, GAGNAYRE Rémi, BAUDOT Magali, GRIMALDI Caroline, D'IVERNOIS Jean-François, *Intérêts et limites du programme national nutrition santé (PNNS) en faveur de l'éducation nutritionnelle : enquête d'opinion auprès de patients diabétiques de type 2 et de type 1*, Cahier nutrition et de la Diététique, volume 43, n°1, février 2008, p. 23-30.

- RAYSSIGUIER Y., *Accès aux droits et inégalités sociales de santé : des savoirs pour l'action*, Ecole supérieure de sécurité sociale, Revue regards, n° 29, janvier 2006, pp 133-148
- RAYSSIGUIER Y., *L'observation sanitaire et sociale : pour une vigilance stratégique dans le secteur sanitaire et social*, IASS La Revue, n° 60 mai 2009
- Ministère de l'agriculture et de la pêche, *dossier de presse pour une meilleure alimentation du consommateur*, 25 septembre 2008
- *Questions de santé : des outils au plan local, cycle de qualification, 1^{er}, 8 et 15 juin 2007*, Les cahiers de profession Banlieue centre de ressources.
- *La place de la promotion de la santé dans les ARS*, synthèse des contributions au débat organisé par le Cres de Bretagne, janvier 2008, 14p.
- *Le programme national nutrition santé : positif mais insuffisant*, La revue Prescrire, septembre 2007, n°287, P704 à 707.
- *Des démarches territoriales de promotion de la santé aux futurs contrats locaux de santé*, Journée de travail du 20 octobre 2009 Note de Synthèse Mars 2010, Action-recherche, CRAES-CRIPS Aquitaine

III. Plans, rapports, programmes et recommandations

A) Au niveau national et européen :

1. Plans et programmes :

- Programme européen de distribution de fruits à l'école à compter de la rentrée scolaire 2009
- Plan d'action national pour une politique de l'offre alimentaire sure, diversifiée et durable du ministère de l'agriculture et de la pêche, septembre 2008
- Programme européen d'aide aux plus démunis, 2008
- Livre Blanc, Stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité, 29 mai 2007
- Plan national nutrition santé, actions et mesures (2006-2010), Septembre 2006
- Plan national nutrition santé (2001-2006)

2. Rapports :

- Ministère de la santé et des sports, *Programme National Nutrition Santé : bilan et mesures*, Dossier de presse, Jeudi 6 mai 2010,
- IGAS et Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux, *Evaluation du programme national nutrition santé PNNS2 2006-2010*, Avril 2010.
- Centre d'Analyse Stratégique, Rapport Vincent Chriqui, Coordination Olivier Oullier et Sarah Sauneron, *Nouvelles approches de la prévention en santé publique: l'apport des sciences comportementales, cognitives et des neurosciences*, mars 2010

- Colloque international « *Réduire les inégalités sociales de santé* », ministère de la santé et des sports, lundi 11 janvier 2010
- Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, *Les Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) et les Ateliers santé-ville (ASV)*, 23 novembre 2009
- CREDOC, CERVIA-DRIAAF, *Les réalités de l'alimentation en Ile-de-France*, 1er juillet 2009
- Acsé, *Ateliers Santé Ville, Note de synthèse des résultats de l'enquête menée par la société Kynos*, 15 mai 2009.
- Bertolotto Fernando en collaboration avec Michel Joubert- Marie-Ange Vincent- Chantal Mannoni, Mission pour le compte du Ministère du Logement et de la Ville Secrétariat général des comités interministériels des villes, *Analyse critique du volet santé des contrats urbains de cohésion sociale*, synthèse du rapport final, mai 2009.
- Réseau français des villes-santé de l'OMS, *Résultat de l'enquête sur les villes-santé*, mars 2009
- CHAIX Basile, *Les disparités socio-spatiales d'obésité en Ile-de-France : description et étude des mécanismes à partir de la cohorte Record*, Inserm U707, 2007
- Rapport Yannick FAVENNEC, *Filières de production et qualité nutritionnelle des aliments*, Documentation française 2006
- Secrétariat général à la ville, *Cadre et modalités des ateliers santé ville*, 26 octobre 2006
- Délégation interministérielle à la ville, *Les Ateliers Santé Ville, élément d'orientation et de mise en œuvre*, juin 2001, 6 p.
- Haut Comité de la santé publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, éditions ENSP, 1998

3. Recommandations :

- *Harmoniser les études en nutrition : un guide de bonnes pratiques pour les études régionales et locales*, guide PNNS, FNORS, juillet 2009.
- *La santé vient en mangeant, Le guide alimentaire pour tous*, guide PNNS, septembre 2002

B) Déclinaisons locales

1. Contrats et conventions

- Convention relative à l'organisation des services de l'Etat sur le champ des politiques alimentaires signée entre la DRASS Ile de France et la DRIAAF le 20 novembre 2009.
- CUCS de l'agglomération brestoise 2007-2009.

2. Bilans et compte-rendu :

- DRIAAF, Comité régional de l'offre alimentaire, compte rendu de la réunion du 5 mai 2010
- DRIAAF, CROA, compte rendu du groupe de travail du 14 janvier 2010 « L'injustice alimentaire et les actions spécifiques aux plus démunis »
- DRIAAF, CROA, compte rendu du groupe de travail du 2 octobre 2009 « Actions spécifiques aux populations démunies »
- DRAAF de Poitou-Charentes, Compte-rendu de la réunion sur l'aide alimentaire aux plus démunis à la du 28 septembre 2009.
- DRIAAF, Comité régional de l'offre alimentaire, compte rendu de la réunion du 1^{er} juillet 2009
- DRAAF de la région Languedoc-Roussillon, Service régional de l'alimentation, Compte-rendu du comité régional offre alimentaire, 22 juin 2009, Relevé de conclusion.
- IREPS de Bretagne, Rapport d'activité pour 2009.
- CODES d'Ille-et-Vilaine, bilan sur la nutrition et la précarité pour 2008.

3. Mises en place des plans au niveau local :

- GRSP Bretagne, Guide du porteur de projet(s) d'action de prévention ou de promotion de la santé, Appel à projets 2010.
- ARS Bourgogne, Présentation de Mme Francette MEYNARD sur les partenariats entre l'ARS de Bourgogne et les collectivités locales en promotion pour la santé lors des 6^{èmes} journées de la prévention organisée par l'INPES, 2010
- CRES de Bretagne, Partie diagnostic de la circulaire DGAL/SDQA/C2009-800 du 02 janvier 2009
- INPES, Appel à projet du 17 décembre 2008 concernant le « dispositif de formation et d'accompagnement méthodologique des intervenants de l'aide alimentaire »

IV. Textes législatifs et réglementaires

A) Lois

- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

B) Règlements et décrets

- Décret n° 2010-429 du 29 avril 2010 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt
- Décret n° 2008-1406 du 19 décembre 2008 relatif à l'organisation et aux attributions des directions régionales de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt et de la direction régionale et interdépartementale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt d'Ile-de-France

- Décret n° 2008-869 du 28 août 2008 portant publication de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et l'Organisation mondiale de la santé relatif à un partenariat renforcé entre la France et l'OMS pour la période 2008-2013, signé à Paris le 9 janvier 2008
- Décret n° 2007-1073 du 4 juillet 2007 portant publication du règlement sanitaire international (2005) adopté par la cinquante-huitième Assemblée mondiale de la santé le 23 mai 2005
- Décret n° 2007-848 du 14 mai 2007 portant publication de la convention relative à l'aide alimentaire, faite à Londres le 13 avril 1999

C) Arrêtés et circulaires

- Circulaire CAB/C2010-0004, 15 mars 2010, Ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche.
- Note du ministère de l'agriculture et de la pêche, *l'aide alimentaire*, décembre 2009
- Circulaire DGAL/SDQA/C2009-8001 du 2 janvier 2009 du ministère de l'agriculture et de la pêche concernant les plans d'action régionaux pour une politique de l'offre alimentaire sûre, diversifiée et durable
- Circulaire DGAL/SDQA/C2009-8001, 02 janvier 2009, Ministère de l'agriculture et de la pêche, 16p.
- Circulaire du 2 mai 2008 du Premier ministre relative à l'exemplarité de l'Etat en matière d'utilisation de produits issus de l'agriculture biologique dans la restauration collective

V. Sites Internet

- Intranet de la fédération française des banques alimentaires.
- Site du Ministère de l'Agriculture
- Site du Ministère de la Santé
- Site du PNNS www.mangerbouger.fr

VI. Autres sources :

- Dossier documentaire remis par le Dr Danièle Mischlisch, animatrice du groupe MIP 12 – 2010
- Revue Lettre nutrition et précarité, n°1, mars 2010.
- Plaquette de présentation du ministère de l'agriculture et de la pêche.
- ARS Pays de la Loire, Dépliant de présentation, *ARS Pays de la Loire, rassemblons nos forces pour la santé de tous*, 2010
- DRIA AF, Dépliant de présentation, *La mise en œuvre de la révision générale des politiques publiques (RGPP), La DRIA AF, un pôle régional pour coordonner et mettre en œuvre les politiques publiques de l'alimentation, l'agriculture et la forêt*, 2010

Annexes

Annexe 1: Schéma organisationnel des acteurs du PNNS et du PROA

Annexe 2: Liste des personnes rencontrées

Annexe 3: Grille d'entretien

Annexe 1: Schéma organisationnel des acteurs du PNNS et PROA

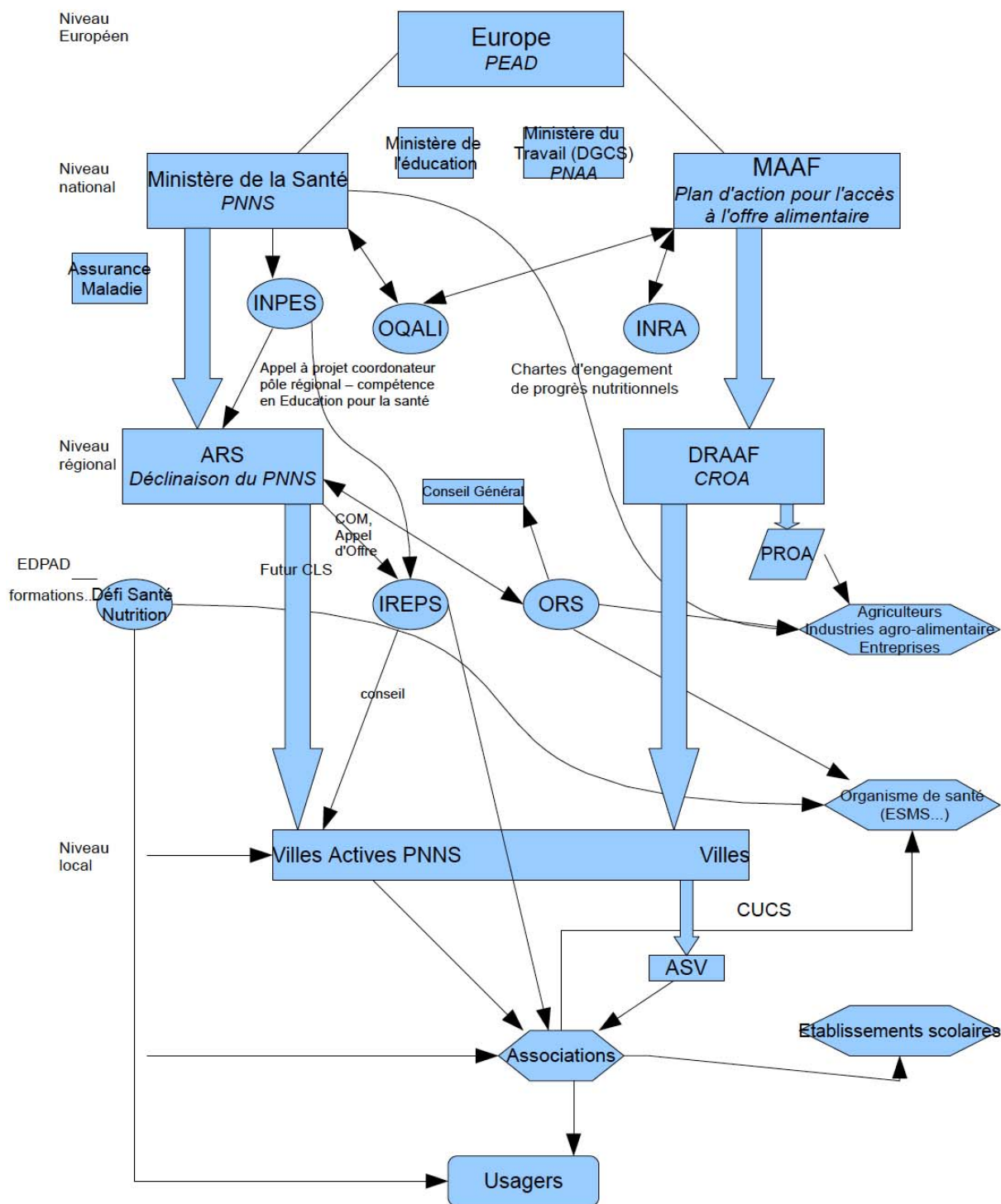


Schéma organisationnel des acteurs du PNNS et PROA

Annexe 2: Liste des personnes rencontrées

Organismes	Noms	Fonctions
Association du Pain sur la Planche	BERAUD Anne	Vice-présidente de l'association du Pain sur la planche
ARS Pays de la Loire	LE GALL Anne	Inspectrice de l'Action Sanitaire et sociale
CENA	RIO Caroline	Diététicienne libérale
Défi Santé Nutrition	AUFFRET Virginie	Coordinatrice nutrition et diététicienne
DGAL	PION Gaëlle	Sous-direction de la qualité et de l'alimentation Bureau de la nutrition et de la valorisation de la qualité des aliments
DGCS	STOROGENKO Marianne	Chargée de mission Responsable de l'aide alimentaire
DRIAAF	LEBEL Antoine	Chef du pôle offre alimentaire et nutrition Service régional de l'alimentation
	DELAERE Fabien	Chargé de mission
IREPS Bretagne	FERRON Christine	Directrice
ORS Pays de la Loire	TALLEC Anne	Directrice
Ville d'Aubervilliers	RAHMANI Rabha	Chargée de mission santé
Ville de Nantes	GASSIOT Marion	Référente du réseau nutrition Chargée de projet au sein de la mission santé publique de la ville

Annexe 3: Grille d'entretien

Nom de la personne rencontrée :

Lieu :

Date :

Les auditeurs présents et filière d'appartenance

Présentation du contexte de rencontre

Dans le cadre de notre formation à l'EHESP nous réalisons un module inter professionnel de santé publique dont le thème est le programme PNNS et PEA : leurs synergies et leurs complémentarités pour réduire les inégalités sociales de santé.

Vous serez cité en tant que personne interviewée mais vos propos ne seront pas nominatifs dans la rédaction de notre document.

Problématique

Le PNNS mis en œuvre depuis 2001 et reconduit pour la période 2006-2010 (PNNS2) est un plan de santé publique portant l'accent sur l'éducation du consommateur et sur l'offre alimentaire. Il a pour objectif d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition. La circulaire du 2 janvier 2009 désigne le Ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche pour prendre plus particulièrement en charge les actions relatives à l'offre alimentaire (PROA). Concernant plus particulièrement les publics en situation de précarité, quelles sont les synergies entre ces deux plans qui permettent la prise en compte spécifique de cette population ?

L'action en matière de prévention nutritionnelle, si elle est programmée au niveau national et régional, se décline légitimement au niveau local, en proximité avec les populations. Les villes se saisissent de plus en plus des questions de santé (dans le sens de la promotion de la santé). Le Ministère de la santé leur propose de s'engager au travers de la charte « ville active PNNS » en faveur de la nutrition dans l'ensemble de leurs politiques publiques et plus largement la mise en place des ARS prévoit la signature avec les villes de contrats locaux de santé. Les villes sont également encouragées à développer des Ateliers santé ville, volet santé du Contrat urbain de cohésion sociale.

Comment ces politiques locales s'articulent-elles et déclinent-elles les plans nationaux PNNS et PROA? Quelles actions sont pertinentes pour les populations en situation de précarité?

- Merci de vous présenter et décrire votre fonction
-

-
- Quel est votre rôle dans le cadre de la mise en œuvre du PNNS et/ou du ProA ?
 - Comment prenez vous en compte ces deux plans ?
 - Quels sont vos partenaires dans le cadre de ces actions ?
 - Dans quelle mesure vos actions permettent de réduire les inégalités sociales de santé ?
 - Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?
 - Quelles sont les nouveautés dans le cadre de ces dispositifs au regard de ce qui a été réalisé antérieurement ?
 - Quelles sont vos sources d'information ? Interlocuteurs, partenaires, méthodologies... ?
 - Quels sont les besoins et les attentes par rapport à cette mise en place : propositions pour améliorer le dispositif ?

Questions spécifiques en fonction de l'interlocuteur rencontré ARS

- Comment l'ARS se positionne entre les deux plans ?
 - ARS par rapport au PNNS quelles influences quelles délégations ?
 - ARS aide alimentaire quels liens et quelles influences ?
 - Quelle est la place de la nutrition dans le nouvel organigramme de l'ARS ?
 - ARS / acteurs locaux quelle articulation ?
 - Comment l'IREPS s'articule par rapport à l'ARS ?
-