



Dossier de presse

L'activité physique au quotidien protège votre santé

CONTACTS PRESSE :

Direction générale de la santé
Laurence Danand
Tél : 01 40 56 52 62
Laurence.danand@sante.gouv.fr
<http://www.sante.gouv.fr/>

INPES
Hélène Monard
Tél : 01 49 33 23 06
helene.monard@inpes.sante.fr
<http://www.inpes.sante.fr/>

SOMMAIRE

INTRODUCTION	P.3
I. L'ACTIVITE PHYSIQUE : UN FACTEUR DE PROTECTION CONTRE LES MALADIES	
1. Le rôle de l'activité physique dans la prévention des maladies cardio-vasculaires	P.4
2. ...dans la prévention des cancers	P.4
3. ...dans la prévention du diabète	P.4
4. ...dans la prévention de la prise de poids	P.5
5. ...dans la prévention de l'ostéoporose	P.6
II. UNE ACTIVITE PHYSIQUE INSUFFISANTE POUR UNE GRANDE PARTIE DE LA POPULATION	
1. Définitions et mesures	P.7
• L'activité physique.....	P.7
• La sédentarité	P.7
• Dépense énergétique.....	P.7
2. Le niveau d'activité physique des français	P.8
3. Les obstacles à la pratique d'une activité physique quotidienne et les habitudes sédentaires	P.9
• Les obstacles	P.9
• Les occupations sédentaires.....	P.9
• Une méconnaissance du niveau d'activité physique minimal recommandé.....	P.10
4. Des solutions simples pour intégrer l'activité physique à la vie quotidienne	P.10
III. CAMPAGNE DE PROMOTION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE	
1. Les objectifs de la campagne	P.13
• Présenter l'activité physique comme une des composantes de la nutrition	P.13
• Rappeler ou révéler l'importance d'une activité physique minimum (30 minutes chaque jour) dans la prévention des maladies	P.14
• Promouvoir la recommandation du PNNS	P.14
2. Le dispositif de communication	P.14
• Les actions médias grand public	P.14
- La campagne presse	P.14
- La campagne TV	P.14
- La campagne radio	P.15
• Les actions de proximité	P.15
- Les actions dans les transports en commun.....	P.15
- Les actions avec les entreprises et leurs Comités d'Entreprise.....	P.16
- Les actions auprès des collectivités locales	P.16
- L'information et la mobilisation des professionnels de santé.....	P.16
ANNEXES	
Annexe 1 : Focus sur les maladies prévenues par l'activité physique	P.17
Annexe 2 : Le PNNS : objectifs, principes et repères de consommation	P.19
1. Objectifs du PNNS	P.19
2. Les principes du PNNS	P.20
3. Les recommandations du PNNS	P.21
Annexe 3 : Point à date du PNNS Février 2004	P.22
Annexe 4 : Pour en savoir plus	P.26
1. Bibliographie	P.26
2. Sites Internet	P.27

INTRODUCTION

La campagne de promotion de l'activité physique en France s'inscrit dans le cadre du PNNS (Programme national nutrition santé). Conduit par les pouvoirs publics, ce programme a pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. Or, la nutrition englobe l'alimentation et l'activité physique (c'est-à-dire les apports et les dépenses énergétiques).

En effet, le PNNS prévoit, entre 2001 et 2005, de promouvoir un ensemble de recommandations (conf Annexe 2) parmi lesquelles l'augmentation de l'activité physique quotidienne. L'objectif est d'« *augmenter l'activité physique quotidienne par une amélioration de 25% du pourcentage de sujets faisant, par jour, l'équivalent d'au moins une demi-heure de marche rapide. La sédentarité étant un facteur de risque de maladies chroniques doit être combattue dès l'enfance* ».

Dans ce cadre, le Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, l'Assurance maladie et l'INPES lancent cette grande campagne. L'objectif de cette campagne est donc de promouvoir auprès du grand public la recommandation du PNNS qui est de faire « *au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide chaque jour* » et de rappeler que l'inactivité physique est un des principaux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, de cancers, de diabète et favorise la prise de poids et l'ostéoporose.

I. L'ACTIVITE PHYSIQUE : UN FACTEUR DE PROTECTION CONTRE LES MALADIES

Allié à une alimentation satisfaisante, conforme aux recommandations du PNNS¹, « *au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide chaque jour* », permet de réduire considérablement les risques de maladies cardio-vasculaires, de cancers, de diabète, de prise de poids et d'ostéoporose.

L'activité physique joue donc un rôle déterminant dans l'état de santé physique, mais aussi dans ses composantes psychologique et sociale.

1. Le rôle de l'activité physique dans la prévention des maladies cardio-vasculaires

La sédentarité est un facteur aggravant des maladies cardiovasculaires (MCV)

Selon un rapport du *European Heart Network*², l'inactivité physique est désormais établie comme un facteur de risque majeur dans le développement des maladies cardiovasculaires et cérébrovasculaires. Les populations inactives ont en effet environ deux fois plus de risques de développer des maladies cardiovasculaires que les populations actives. Un mode de vie plus actif, y compris à un âge moyen ou avancé, est associé à des taux moins importants de décès par maladies cardiovasculaires.

En outre, la relation trouvée entre l'activité physique et les MCV est continue : plus la personne est active et moins le risque est important. Les plus grandes différences de risque ont été trouvées entre les personnes complètement sédentaires et celles qui sont modérément actives. D'où la nécessité d'adopter une hygiène de vie moins sédentaire.

2. ... dans la prévention des cancers

L'activité physique a un effet globalement protecteur sur certains cancers³.

On a notamment montré l'effet protecteur important de l'activité physique sur le cancer du côlon. Plus d'une dizaine d'études cas-témoin et de cohorte ont démontré qu'une pratique régulière d'activité physique était associée à une diminution du risque de cancer du côlon. Cette réduction est de l'ordre de 60 % lorsqu'on compare des sujets ayant une activité physique importante par rapport à des individus sédentaires.

3. ... dans la prévention du diabète

Plusieurs études portant sur la prévention du diabète de type 2 (diabète non insulino-dépendant) permettent aujourd'hui de dire qu'il est possible de prévenir l'apparition de cette pathologie dans des populations à haut risque grâce à des mesures hygiéno-diététiques (modification des habitudes alimentaires et réintroduction de l'exercice physique)⁴.

¹ "la santé vient en mangeant : le guide alimentaire pour tous" distribué gratuitement par l'Inpes. Voir aussi les repères de consommation en annexe 2.

² Physical activity and cardiovascular disease prevention in the European Union, The European Heart Network, déc. 1999

³ D'après le rapport de l'OMS, Diet, Nutrition and the prevention of chronic diseases, March 2003.

⁴ La « Malmö study » a mis en évidence que ce type de mesures ciblant la diététique et la sédentarité diminue la mortalité globale et celle liée aux événements cardiovasculaires. La « Da Qing IGT and Diabetes Study » a montré l'efficacité de trois types d'intervention (diététique seule, exercice physique seul, diététique et exercice) pour prévenir l'apparition du diabète, et enfin deux études randomisées : la « Finish Diabetes Prevention Study » et du « Diabetes Prevention Program » ont confirmé les données précédentes.

L'effet protecteur de l'activité physique sur la prévention du diabète est retrouvé même pour des activités modérées de la vie quotidienne telle que la marche (Hu et al, 1999).

Par ailleurs, dans la prise en charge du patient diabétique de type 2, l'activité physique régulière qui induit des effets favorables sur le métabolisme du glucose et sur certains facteurs de risques cardiovasculaires associés (Eriksson et al, 1997; Gautier et al, 1995).

4. ...dans la prévention de la prise de poids

Le rapport de l'OMS⁵ souligne le lien entre une activité physique régulière et la diminution du risque de gain de poids et d'obésité. A l'inverse, un style de vie sédentaire augmente les risques de prise de poids.

Dans un grand nombre d'études transversales, une association négative a été retrouvée entre le niveau habituel d'activité physique (ou la capacité physique) et des indicateurs d'obésité (Di-Pietro, 1995). Les études prospectives, moins nombreuses, permettent de conclure que l'activité physique peut atténuer le gain de poids au cours du temps, sans toutefois être à l'origine d'une perte de poids au niveau des populations que ce soit chez l'adulte ou chez l'enfant (Di-Pietro, 1999). De plus, l'activité physique régulière induit une diminution de la masse grasse et réduit, chez l'enfant obèse, les anomalies métaboliques.

Rôle de la sédentarité :

De façon générale, on constate un paradoxe apparent entre l'augmentation constante des cas d'obésité au cours des dernières années et la tendance à la diminution de l'apport énergétique total ainsi que des apports lipidiques pour la même période dans de nombreux pays industrialisés (Heini et Weinsier, 1997).

Ce phénomène s'expliquerait par **une diminution du niveau d'activité physique** dans les populations concernées, donc d'une augmentation de la sédentarité. Ce qui est effectivement le cas puisque la dépense d'énergie liée à l'activité physique a diminué dans les sociétés industrialisées du fait de conditions de vie plus confortables (transports motorisés, ascenseurs, chauffage central, climatisation) et de loisirs sédentaires (télévision, jeux vidéo, ordinateur).

Certaines études ont montré que le temps passé à regarder la télévision durant l'enfance peut être considéré comme prédictif d'une obésité à l'adolescence. Une étude fournit une démonstration expérimentale de la relation entre le temps passé devant l'écran de TV et l'augmentation de la masse adipeuse chez les enfants (Robinson, 1999). Une autre étude d'intervention cette fois a permis d'observer une diminution significative de l'IMC, de la circonférence de la taille et du rapport taille/hanche chez des enfants pour qui le temps de TV et de vidéo avait été réduit comparativement à des enfants témoins.

Quelle que soit la façon d'estimer le niveau d'activité physique, il semble bien exister une association entre l'augmentation des cas d'obésité infantile et l'évolution vers une sédentarité accrue dans les populations. D'ailleurs, lorsque l'on examine le niveau habituel d'activité physique, les apports alimentaires et les variations du poids au cours du temps, on constate que la variation de poids est associée négativement avec le niveau d'activité physique dans la majorité des études. Cette relation a été retrouvée le plus souvent pour l'activité physique de loisirs et à peu près aussi souvent chez les hommes que chez les femmes.

⁵ Diet, Nutrition and the prevention of chronic diseases, OMS, March 2003.

5. ... dans la prévention de l'ostéoporose

Parmi les facteurs environnementaux, l'activité physique constitue un des éléments indispensables au maintien de l'intégrité du squelette ; elle permet d'augmenter la densité minérale osseuse et est, de ce fait, associée à une réduction des facteurs de risque de l'ostéoporose. Ainsi, l'activité physique peut être déterminante dans la prévention ou même la prise en charge de l'ostéoporose, diminuant le risque de fracture du col du fémur chez la femme dans une proportion allant jusqu'à 50 %.

Chez l'enfant et l'adolescent, des activités faisant intervenir les articulations portantes, comme marcher, danser ou faire de la course à pied, sont indispensables au développement osseux et elles peuvent contribuer à atténuer la perte osseuse. C'est aussi un moyen d'améliorer la force musculaire et l'équilibre et de réduire les risques de chute et donc de fracture.

L'inactivité en bref :

- ➔ **L'inactivité physique est un des principaux facteurs de risques de maladies, entre autres :**
 - de maladies cardiovasculaires (1ère cause de mortalité en France avec 170.000 décès annuels),
 - de certains cancers, de diabète, de problèmes liés à l'ostéoporose, au surpoids et à l'obésité.
- ➔ **La solution : un minimum d'activité physique, équivalant à 30 minutes de marche rapide chaque jour et une alimentation conforme aux recommandations du PNNS (Annexe 2).**

II. UNE ACTIVITE PHYSIQUE INSUFFISANTE POUR UNE GRANDE PARTIE DE LA POPULATION

En dépit de son importance dans la prévention de certaines maladies et de sa facilité d'application, l'activité physique reste insuffisante en France : on estime qu'entre 20 à 50 % de la population adulte n'atteint pas le niveau d'activité physique recommandée par le PNNS.

1. Définitions et mesures

Le préalable pour mieux comprendre les relations entre activité physique habituelle, apports alimentaires et état de santé est de définir et mieux mesurer l'activité et l'inactivité physiques⁶.

- L'activité physique

L'activité physique correspond à « *tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques et entraînant une augmentation des dépenses d'énergie par rapport à la dépense de repos* »⁷. Elle varie selon l'intensité, la durée, la fréquence et le contexte dans lequel elle est pratiquée. De fait, l'activité physique recouvre donc un domaine plus large que celui de la seule pratique sportive. Elle inclut des activités professionnelles, des déplacements presque dans la vie de tous les jours et pendant les loisirs.

- La sédentarité

Par opposition à l'activité physique, le comportement sédentaire est l'état dans lequel « *les mouvements sont réduits au minimum et la dépense énergétique proche de celle de repos* ». Le mot sédentarité vient d'ailleurs du latin « *sedere* » qui signifie « *être assis* ». La sédentarité ne correspond d'ailleurs pas à l'absence d'activité, mais à diverses occupations habituelles : regarder la télévision, la lecture, l'utilisation d'un ordinateur⁸, conduire une voiture, téléphoner, etc.

- Dépense énergétique

L'activité physique est intimement liée à l'alimentation. Les apports énergétiques, c'est-à-dire l'alimentation, ne peuvent se concevoir que si ceux-ci sont rapportés aux dépenses énergétiques (qui comprennent le métabolisme de base, la thermorégulation, la digestion des aliments et l'activité physique). Or, la dépense d'énergie la plus variable est celle liée à l'activité physique⁹. Elle peut atteindre 15% de la dépense totale chez un individu très sédentaire et 50% de la dépense totale chez un sujet pratiquant une activité physique d'intensité élevée, comme le sport. De plus, la quantité totale d'énergie dépensée varie selon les caractéristiques de l'activité physique pratiquée (intensité, durée et fréquence), mais aussi selon les caractéristiques du sujet qui la pratique (en particulier les dimensions corporelles, le niveau d'entraînement ou la capacité respiratoire).

⁶ J.M. Oppert, Cah. Nutr. Diét, 37, 4, 2002, p.231.

⁷ Surgeon General Report, 1996

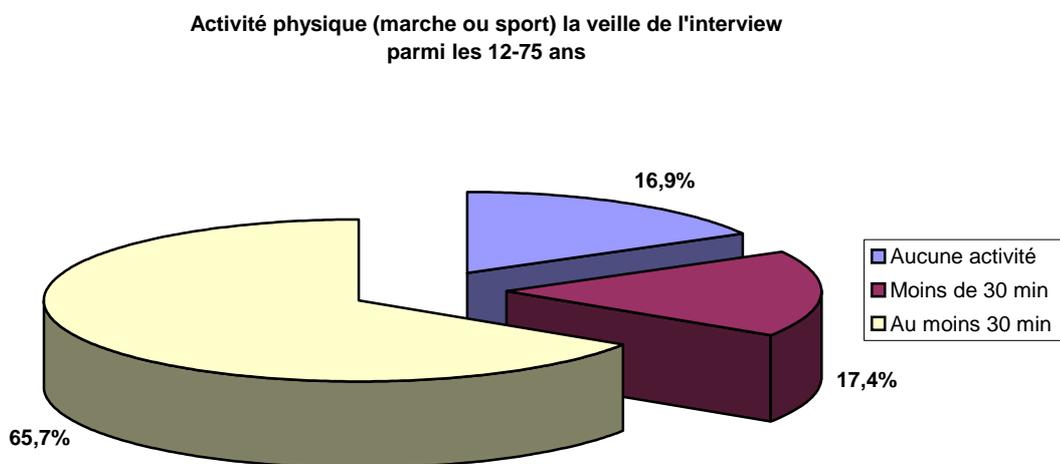
⁸ Dietz, 1996

⁹ Saris, 1996

2. Le niveau d'activité physique des français

Selon le Baromètre Santé Nutrition 2002, 34,3% des 12-75 ans n'atteignent pas le niveau d'activité physique recommandé par le PNNS (cf. figure ci-dessous).

L'étude SU.VI.MAX (Oppert et al., 2000) a montré que 41,5 % des hommes et 50,1% des femmes (âgés entre 35 et 60 ans) n'atteignaient pas le seuil d'activité physique recommandé.



INPES - Baromètre santé nutrition 2002

On constate des écarts dans la pratique d'une activité physique quotidienne, en fonction de certains facteurs comme l'âge et le sexe¹⁰.

Ainsi, une diminution progressive de l'activité physique (au moins 30 minutes de marche ou d'une activité sportive la veille de l'interview) est observée plus on avance en âge :

- les 12-24 ans sont les plus nombreux à pratiquer une activité physique pendant au moins 30 minutes (79% des hommes et 68,2% des femmes) ;
- en revanche chez les 25-44 ans, ils sont 71,6% pour les hommes et 61,4% chez les femmes à en pratiquer ;
- enfin, chez les 45-75 ans, ils sont 64,1 % des hommes et 57,6 % des femmes à avoir pratiqué une activité physique, c'est-à-dire qu'un homme sur trois et deux femmes sur cinq ne pratiquent pas une activité physique quotidienne suffisante dans cette tranche d'âge.

Pour l'ensemble de la population interrogée (12-75 ans) selon le baromètre santé nutrition 2002, les hommes sont plus nombreux à avoir marché ou exercé une activité physique la veille de l'interview : 86,9 % pour les hommes et 79,4 % pour les femmes. Ils sont également plus nombreux à avoir exercé ces activités sur une durée supérieure à trente minutes. Ils pratiquent plus fréquemment une activité sportive : 18,5 % versus 15,2 %. De même, ils sont plus nombreux à avoir pratiqué une activité vigoureuse au cours des 15 derniers jours (21% vs. 12,2%).

Enfin, il est intéressant de constater que la marche est l'une des activités physiques les plus pratiquées par les adultes. Selon le baromètre santé nutrition 2002, huit personnes sur dix ont déclaré avoir marché la veille de l'interview, pour se rendre à leur lieu de travail ou accompagner quelqu'un, pour faire des courses ou se promener.

En bref :

- ➔ Près d'une personne sur trois a un niveau d'activité physique inférieur au seuil d'au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide chaque jour, recommandé pour protéger leur santé,
- ➔ Un constat qui touche l'ensemble de la population
 - avec cependant une baisse sensible de l'activité à partir de 45 ans.
 - et une plus grande sédentarité chez les femmes
- ➔ Enfin, plus des 3/4 de la population ne sait pas qu'« *au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide chaque jour* » nécessaire pour protéger sa santé.

3. Les obstacles à la pratique d'une activité physique quotidienne et les habitudes sédentaires

- Les obstacles

Selon une étude qualitative menée par le Crédoc en novembre 2001, parmi les obstacles à mener une activité sportive, les sujets enquêtés mentionnent le manque de temps, de motivation ou les problèmes de coût.

- Les occupations sédentaires

En revanche, les activités sédentaires sont pléthores dans la vie quotidienne et là encore, de nombreuses disparités sont observées en fonction du sexe.

Ainsi, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à utiliser un ordinateur ou une console de jeux et à regarder la télévision :

- un ordinateur a été utilisé par 41,2 % par les hommes la veille de l'entretien alors que les femmes ne sont que 28% à l'avoir fait,
- la proportion d'utilisateurs d'ordinateur diminue avec l'âge, passant de 51,7% d'utilisateurs chez les 12/25 ans à 12,6% pour les plus de 54 ans,
- le temps moyen passé par jour devant la télévision (130 minutes par jour) n'est pas différent selon le sexe et augmente significativement avec l'âge passant de 93 minutes chez les 12/14 ans à 152 minutes chez les 65/75 ans.

- Une méconnaissance du niveau d'activité physique minimal recommandé

Les Français sont trop nombreux à sous estimer le seuil d'activité physique quotidienne nécessaire. Ainsi, selon les résultats du Baromètre nutrition 2002, à la question « A votre avis, à quelle fréquence faut-il avoir une activité physique pour être en bonne santé ? », seulement 23% pensent qu'un minimum de 30 minutes par jour sont conseillées.

Or, d'après l'étude Crédoc (Novembre 2001), les bénéfices de l'activité physique sont connus, tant sur le plan physique, que sur la forme et le bien-être : dans les perceptions, avoir une alimentation saine et une activité physique apparaissent comme les deux axes essentiels d'une bonne hygiène de vie. Toutefois, les interviewés ont le sentiment de mener une vie très sédentaire.

4. Des solutions simples pour intégrer l'activité physique à la vie quotidienne

Si l'effet bénéfique de l'activité physique semble admis, l'insuffisance de sa pratique nécessite de pouvoir l'intégrer facilement à la vie quotidienne.

Dans une perspective de santé publique sont donc recommandées à tous les adultes, des activités d'intensité modérée, dont l'exemple type est la marche rapide, au moins 30 minutes chaque jour, en une ou plusieurs fois, tous les jours de la semaine.

Les recommandations du PNNS, concernant l'activité physique sont destinées à la population générale, et correspondent à un modèle dit « *activité physique-état de santé* » centrées sur le niveau habituel d'activité physique nécessaire pour diminuer le risque de pathologie chronique¹¹.

Il n'est pas nécessaire de pratiquer un sport pour avoir une activité physique. Inutile également que celle-ci soit intense ou structurée, pour avoir un effet bénéfique en termes de santé. Elles sont réalisables même par les sujets qui n'aiment pas le sport. Les bénéfices sont proportionnels à la quantité d'activité plus qu'à son intensité. Privilégier la quantité plus que l'intensité offre davantage de possibilités aux sujets pour incorporer l'activité physique dans leur vie quotidienne et favorise la compliance à long terme.

¹¹ Cah nutr et diét, 37, 4, 2002, p. 233

Le tableau ci-dessous permet cependant de fournir des repères d'intensité d'activités courantes.

➔ Quelques activités physiques classées en fonction de leur niveau d'intensité¹²

Intensité	Activité
Très faible	Augmentation du temps passé debout Cuisine, repassage Jouer d'un instrument de musique
Faible	Marche lente (4 km/h) Petits travaux de ménage, entretien mécanique Pétanque, voile, golf, tennis de table (en dehors de la compétition)
Modérée	Marche rapide (6 km/h) Jardinage léger, port de charges de quelques kg Danse de salon Vélo, natation « plaisir »
Elevée	Marche en côte Bêcher, déménager Jogging (10 km/h), saut à la corde, football, basket-ball, sports de combat

Enfin, inutile de souligner qu'une activité intense sur une durée courte peut permettre d'obtenir une dépense énergétique équivalente à une activité modérée pratiquée de façon prolongée.

En effet, l'activité physique peut être réalisée en une ou plusieurs fois au cours de la journée avec un bénéfice équivalent. Elle peut être intégrée à la vie quotidienne (aller à pied ou à bicyclette au travail) ou réalisée sous forme d'exercices structurés. L'activité de référence est la marche rapide, mais d'autres activités peuvent être proposées en fonction des préférences, des habitudes et des possibilités.

12 (National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute, North American Association for the Study of Obesity. The practical guide. Identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. NIH Publication N° 00-4084, October 2000; Leermakers EA, Dunn AL, Blair SN. Exercise management of obesity. Med Clin North Am 2000 ;84 : 419-40)

→ Quelques exemples d'activités physiques quotidiennes :

- prendre l'escalier plutôt que l'ascenseur ou l'escalator
- faire les trajets courts à pied plutôt qu'en voiture
- sortir le chien un petit plus longtemps que d'habitude
- descendre un arrêt de bus ou du métro plus tôt
- accompagner vos enfants à l'école à pied, en marchant aussi vite qu'eux ou à vélo
- le soir, profiter des derniers rayons de soleil pour jardiner un peu
- profiter de la pause déjeuner pour sortir marcher 15 minutes
- mettre plus d'énergie dans vos gestes et activités au quotidien...

Mais vous pouvez aussi :

- aller à la piscine le dimanche matin,
- programmer des promenades en forêt en fin de semaine,
- vous inscrire à un club sportif ou de danse...

Chez les sujets ayant un niveau de sédentarité élevé ou une faible capacité physique l'objectif prioritaire est la lutte contre la sédentarité. Le but est de transformer les sujets inactifs physiquement en sujets actifs et d'augmenter leur activité dans la vie quotidienne.

Chez les sujets pratiquant déjà une activité physique modérée et régulière, des bénéfices supplémentaires peuvent être obtenus en augmentant la durée ou l'intensité de l'activité physique.

III. CAMPAGNE DE PROMOTION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE

Cette campagne vise l'ensemble des publics touchés par les recommandations du PNNS, c'est-à-dire le grand public (adultes) et en particulier les femmes et les plus de 45 ans compte tenu de la prévalence de l'inactivité physique dans ces catégories, mais aussi des publics relais tels que les professionnels de santé, les entreprises ou les collectivités locales.

1. Les objectifs de la campagne

Trois objectifs majeurs sont assignés à la campagne :

- Présenter l'activité physique comme une des composantes de la nutrition :

La nutrition englobe l'alimentation et l'activité physique soit les apports et les dépenses énergétiques. Ainsi, afin de promouvoir la nutrition dans son entière acception, une signature fédératrice des actions menées dans le cadre du PNNS a été intégrée à son logo : « *Notre corps a faim de santé* ».

Cette signature a pour objectif de lier l'alimentation et l'activité physique par l'emploi d'une expression à double sens de lecture et par l'utilisation de représentations visuelles illustrant la dimension alimentaire (le fruit) mais aussi son pendant, l'activité physique (la roue de vélo).

La signature « *Notre corps a faim de santé* » est donc lancée pour la première fois à l'occasion de la campagne de promotion de l'activité physique. Elle sera ensuite apposée systématiquement sur les actions de communication et d'information du PNNS en un logo fédérateur.



- Rappeler ou révéler l'importance d'une activité physique minimum (30 minutes chaque jour) dans la prévention des maladies :

Il s'agit de faire prendre conscience à la population de l'enjeu de santé publique que représente la promotion de l'activité physique dans la prévention des maladies cardio-vasculaires, des cancers, du diabète, de la prise de poids et de l'ostéoporose.

- Promouvoir la recommandation du PNNS :

L'objectif est de faire connaître la recommandation du PNNS, « *au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide chaque jour* », afin d'inciter une plus grande partie de la population à pratiquer une activité physique quotidienne.

L'activité physique est une activité naturelle ; il n'est jamais trop tard pour la reprendre ou se mettre à la pratiquer.

L'idée n'est pas de valoriser une pratique sportive intensive mais de montrer qu'« *au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide chaque jour* », peut s'inscrire facilement dans la vie de tous les jours (monter par l'escalier au lieu de prendre l'ascenseur, aller à pied ou à vélo plutôt que de prendre sa voiture ou les transports collectifs, ...).

2. Le dispositif de communication

- Les actions médias grand public

- La campagne presse est destinée à provoquer une prise de conscience, à alerter sur l'enjeu de santé publique.

En amont des campagnes TV et radio, le principe de chacune des annonces presse est de mettre en avant le décalage entre l'impact en termes de santé publique de l'inactivité physique et son caractère anodin à travers quelques uns des principaux objets qui la caractérisent (un téléviseur, un canapé, des pantoufles...).

Cette campagne d'alerte sera diffusée du 12 au 15 février 2004 dans la presse quotidienne nationale (Le Monde, le Figaro, l'Equipe, Libération, le Parisien, le Journal Du Dimanche, La Croix, l'Humanité).

- La campagne TV a pour objectif de dédramatiser l'effort lié à l'activité physique au quotidien et de mettre en évidence son caractère naturel, facile et ludique.

Cette campagne télévisuelle mettra en avant le décalage existant entre l'énergie naturelle et évidente des enfants et le comportement sédentaire des adultes.

Fondé sur ce décalage, le film (30 puis 20 secondes) reprendra des tranches de vie entre des enfants pleins d'énergie et leurs parents, aux comportements plus sédentaires, à l'occasion d'une promenade en ville et du retour chez eux.

Une voix off exprimera alors ce décalage en quelques mots :

« *Ne perdons pas l'envie de bouger en grandissant. Au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide chaque jour réduit les risques de maladies cardiovasculaires, de cancer et de diabète.* »

La campagne est diffusée du 15 février au 14 mars 2004, sur l'ensemble des chaînes hertziennes et des chaînes du câble-satellite.

- La campagne radio inscrit la recommandation du PNNS dans la vie de tous les jours

La campagne radio a pour objectif de favoriser le passage à l'acte en indiquant les moyens pratiques et faciles pour atteindre l'objectif : « *au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide chaque jour* ».

Chacun de ces 4 spots met ce seuil à la portée du public en lui donnant un caractère concret et accessible :

- en expliquant que ces 30 minutes peuvent être fractionnées dans la journée,
- en montrant qu'il peut s'agir d'activités anodines et non d'activités sportives structurées,
- en donnant au public des repères qui favorisent le passage à l'acte.

Basés sur ces principes, ces spots radiophoniques de 30 secondes reprendront différentes situations de l'activité physique quotidienne : « *En allant travailler, décider de descendre du bus un arrêt plus tôt : 10 minutes ; Prendre les escaliers à la place des escalators dans une journée : 7 minutes ; Aller chercher le pain à vélo plutôt qu'en voiture : 13 minutes* ». Chaque spot se conclut sur « *Allié à une alimentation variée, c'est le minimum à faire pour réduire considérablement les risques de maladies cardiovasculaires, de cancer et de diabète* ».

Les quatre spots radio sont diffusés du 23 février au 14 mars 2004 sur les radios nationales (Europe 1, RTL, RTL2, France Inter, Nostalgie, France Bleue, Chérie FM).

- **Les actions de proximité**

Les campagnes de communication seront relayées par des actions de terrain dans les transports en commun (le métro, les bus), en direction des entreprises et des mairies (via la médecine du travail et les comités d'entreprises). Ces actions serviront à :

- diffuser l'information,
- développer une signalétique positive,
- inciter la population à pratiquer au moins l'équivalent de 30 minutes d'activité physique chaque jour. L'ensemble de ces actions de proximité vise à toucher les différents publics sur leurs lieux de vie (transports en commun, entreprises, etc.).

- Les actions dans les transports en commun vise à renforcer l'incitation au passage à l'acte en allant à la rencontre du public dans les métros et les bus.

La signalétique mise en place dans les stations permet de montrer des exemples concrets d'activité physique quotidienne : elle incite le public à prendre les escaliers plutôt que les escalators, à descendre une station avant son arrêt afin de finir son trajet à pieds, ...

Ce dispositif comprend l'habillage des stations (l'utilisation des portes d'accès et de sorties du métro, des rampes d'escalier), et l'utilisation des oriflammes dans les bus parisiens, d'Ile-de-France, de Marseille, Metz, Montpellier, Poitiers et dans le tramway de Saint-Etienne. Ces actions auront lieu du 26 février au 7 mars 2004.

- Les actions avec les entreprises et leurs Comités d'Entreprise (C.E)

Des actions menées en direction des entreprises viendront en relais de la campagne de promotion de l'activité physique afin de toucher un grand nombre de français sur leur lieu de travail.

Ainsi, des kits de communication seront envoyés aux CE des entreprises de plus de 50 salariés (soit 35 000 entreprises et environ 10 000 000 salariés). Ils sont composés de stickers incitant à prendre l'escalier plutôt que l'ascenseur ou mettant en avant la recommandation « *au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide chaque jour* », d'affiches présentant à la fois la recommandation et les exemples d'activités quotidiennes qui permettent de l'atteindre, ainsi qu'un leaflet informatif.

- Les actions auprès des collectivités locales

Un kit de communication, proposant une série de supports prêts à imprimer, sera envoyé à un grand nombre de collectivités locales, afin de leur permettre de relayer localement les recommandations du PNNS en matière d'activité physique.

- L'information et la mobilisation des professionnels de santé

Les professionnels de santé, dont plus de 5000 médecins du travail, seront associés à cette campagne. Des kits de communication mettront à leur disposition des outils de prévention à l'attention de leurs patients permettant d'agir dans leur pratique quotidienne. Ils seront composés de stickers, d'une affiche, de leaflets informatifs et d'un jeu de questions-réponses sur l'activité physique à mettre à la disposition des patients.

ANNEXE 1 : FOCUS SUR LES MALADIES PREVENUES PAR L'ACTIVITE PHYSIQUE

→ Les maladies cardio-vasculaires en France :

- Les maladies cardio-vasculaires sont aujourd'hui la première cause de mortalité en France (32% des décès).
- Elles sont à l'origine de près de 170.000 décès chaque année dont 16.000 chez les moins de 65 ans avec 12% des décès féminins et 16 % des décès masculins (HCSP, 1998).
- Les deux principales maladies cardio-vasculaires sont :
 - Les cardiopathies ischémiques, responsables de 27 % des décès liés à l'appareil circulatoire, soit 45.000 décès. Elles touchent majoritairement les hommes (44% des décès avant 65 ans). Les femmes représentent moins de 5 % des décès avant 65 ans.
 - Les maladies vasculaires cérébrales, responsables de 25 % des décès soit 42. 000 décès qui surviennent en majorité après 65 ans pour les deux sexes.

→ Les cancers en France :

- Les tumeurs malignes représentent la première cause de mortalité chez l'homme, (29% de l'ensemble des décès) et la seconde chez la femme (23 % des décès) (HCSP, 1998).
- Le nombre de nouveaux cas est estimé à 240 000 par an.
 - La probabilité d'avoir un cancer au cours de sa vie est évaluée à 46,9 % pour les hommes (près d'un homme sur deux) et à 36,6 % pour les femmes (plus d'une femme sur trois).
 - chez les hommes : le cancer du poumon est la première cause de décès par cancer, celui de la prostate est la seconde cause.
 - chez les femmes, c'est le cancer du sein qui est à la fois le cancer le plus fréquent et la première cause de mortalité par cancer devant le cancer colorectal. La mortalité liée aux cancers du poumon a augmenté depuis 1990.

→ Le diabète en France :

- Entre 1,2 et 1,5 millions d'individus, tous âges confondus, sont traités contre le diabète sous ses deux formes. Mais on estime par ailleurs que 250 000 personnes atteintes de diabète ne sont pas dépistées.
- Le diabète de type 2 non insulino-dépendant (DNID) concerne plus de 90 % des diabétiques et les cas augmentent avec l'âge avec un maximum de 8,6 % entre 65 et 74 ans.
- Dans la cohorte SU.VI.MAX, 0,85 % des femmes et 2,1 % des hommes de 50 à 54 ans sont suivis pour un diabète : pour la tranche d'âge 55-59 ans, les prévalences observées sont respectivement 2% et 3,3%. Chez les personnes obèses, ces prévalences sont beaucoup plus importantes : 5 % des femmes et 9 % des hommes.
- Près de 30% des diabétiques sont atteints de complications dégénératives à long terme : cardiopathies ischémiques, rétinopathie diabétique qui constitue l'une des grandes causes de cécité en France, néphropathie, artériopathie des membres inférieurs et neuropathies périphériques.

→ L'obésité :

Selon les dernières données obtenues par l'étude Obépi¹³ et publiées en juin 2003, la France compte aujourd'hui plus de 5,3 millions de personnes adultes obèses et 14,4 millions de personnes en surpoids (Enquête Obépi 2003, L'obésité et le surpoids en France, dossier de presse du 17 juin 2003).

Toujours d'après l'étude Obépi, le pourcentage d'individus obèses de plus de 15 ans est passé de 8,2 % en 1997 à 9,6 % en 2000 à 11,3 % en 2003, soit une augmentation d'environ 5 % par an. La proportion des personnes en surpoids ou obèses a progressé en 6 ans de 36,7 % à 41,6 %.

Les cas augmentent, chez les enfants, de façon dramatique depuis quelques années.

Le pourcentage d'enfants présentant un excès pondéral est passé de 3% en 1965 à 5% en 1980, de 12% en 1996 puis 16% en 2000.

Les deux principales conséquences de l'obésité infantile sont le retentissement psychosocial et la persistance de l'obésité à l'âge adulte.

L'obésité est une maladie qui augmente les risques de mortalité, et également les risques de plusieurs maladies (le diabète non-insulinodépendant (DNID), les problèmes biliaires, l'hypertension artérielle, les maladies des artères coronaires, les accidents vasculaires cérébraux et certains cancers).

L'obésité est un facteur d'exclusion sociale. L'obèse est stigmatisé : des liens statistiquement significatifs ont été mis en évidence à différents niveaux entre l'obésité et l'accès à l'enseignement supérieur, l'accès à l'emploi, le niveau des revenus ou encore la promotion professionnelle.

Les influences environnementales : le risque de surpoids serait accru dans les milieux socioéconomiques modestes. On constate également, chez les enfants une influence du milieu familial, et notamment du poids des parents (Dowda, Ainsworth, Addy, Saunders & Riner, 2001).

→ L'ostéoporose en France :

- L'ostéoporose est une affection multifactorielle à l'origine d'une fragilité osseuse exposant les patients à un risque de fractures vertébrales et périphériques.
- **Etre une femme constitue un facteur de risque : 7 femmes pour 1 homme sont touchées par l'ostéoporose.**
- Au total 2 à 2,8 millions de femmes seraient atteintes d'ostéoporose : 10% des femmes à 50 ans, 20% à 60 ans et 40% à 75 ans. Parmi 100 femmes qui atteignent aujourd'hui l'âge de la ménopause, 17 à 19 présenteront avant la fin de leur vie une fracture par fragilité de l'extrémité du col du fémur.

¹³ Comme pour les éditions 1997 et 2000, l'enquête Obépi a été réalisée sur un échantillon de 20.000 foyers, représentatif de la population française (âgée de 15 ans et plus).

L'indice de masse corporelle (IMC) permet d'estimer si un sujet est trop maigre, de corpulence normale, en surpoids ou obèse. Cet indice est calculé en divisant le poids (en kg) par le carré de la taille (en m). Pour l'adulte entre 20 et 65 ans, il est préférable d'avoir un IMC compris entre 18,5 et 25. En dessous de 18,5, on parle de minceur et au dessus de 25 de surpoids. A partir de 30, on parle d'obésité.

ANNEXE 2 : LE PNNS : OBJECTIFS, PRINCIPES ET REPERES DE CONSOMMATION

1. Objectifs du PNNS

Prenant en compte les différents rapports d'experts, le PNNS s'est fixé pour objectifs entre 2001 et 2005 d'amener la population française à consommer, en moyenne, plus de fruits et légumes, de calcium et de glucides (tout en réduisant l'apport de sucres simples), moins de lipides et d'alcool. Parallèlement, il paraît nécessaire d'accroître l'activité physique pour rééquilibrer les apports et les dépenses d'énergie. Les objectifs nutritionnels prioritaires fixés par le PNNS sont donc les suivants :

- ✓ **Augmenter la consommation de fruits et légumes** afin de réduire le nombre de petits consommateurs de fruits et légumes d'au moins 25 %¹⁴,
- ✓ **Augmenter la consommation de calcium** afin de réduire de 25 % la population des sujets ayant des apports calciques en dessous des apports nutritionnels conseillés¹⁵, tout en réduisant de 25 % la prévalence des déficiences en vitamine D,
- ✓ **Réduire la contribution moyenne des apports lipidiques totaux** à moins de 35 % des apports énergétiques journaliers, avec une réduction d'un quart de la consommation des acides gras saturés au niveau de la moyenne de la population (moins de 35 % des apports totaux de graisses),
- ✓ **Augmenter la consommation de glucides** afin qu'ils contribuent à plus de 50 % des apports énergétiques journaliers, en favorisant la consommation des aliments sources d'amidon, en réduisant de 25 % la consommation actuelle de sucres simples, et en augmentant de 50 % la consommation de fibres,
- ✓ **Réduire l'apport d'alcool** chez ceux qui consomment des boissons alcoolisées. Cet apport ne devrait pas dépasser l'équivalent de 20 g d'alcool pur par jour (soit deux verres de vin de 10 cl ou deux bières de 25 cl ou 6 cl d'alcool fort). Cet objectif vise la population générale et se situe dans le contexte nutritionnel (contribution excessive à l'apport énergétique); il n'est pas orienté vers la population des sujets présentant un problème d'alcoolisme chronique, redevable d'une prise en charge spécifique,
- ✓ **Réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne** dans la population des adultes,
- ✓ **Réduire de 10 mm de Hg la pression artérielle systolique** chez les adultes,
- ✓ **Réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité** (IMC > 25 kg/m²) chez les adultes et interrompre l'augmentation particulièrement élevée au cours des dernières années de la prévalence de l'obésité chez les enfants,
- ✓ **Augmenter l'activité physique** quotidienne par une amélioration de 25 % du pourcentage des sujets faisant, par jour, l'équivalent d'au moins 1/2h de marche rapide par jour. La sédentarité étant un facteur de risque de maladies chroniques, doit être combattue chez l'enfant.

¹⁴ Un petit consommateur de fruits et légumes est défini comme consommant quotidiennement moins d'une portion et demie de fruits et moins de deux portions de légumes (pomme de terre exclue). Les données disponibles en France actuellement font état de 55 et 64% de petits consommateurs de fruits chez les hommes et les femmes de 45-60 ans et de respectivement 72 et 64% de petits consommateurs de légumes.

¹⁵ On estime que 42% des hommes et 59% des femmes de 45-60 ans ont des apports en calcium inférieurs aux ANC de 1992.

Par ailleurs, certains groupes de populations ont des besoins nutritionnels spécifiques. Pour y répondre, le PNNS fixe neuf objectifs nutritionnels spécifiques :

- réduire la carence en fer pendant la **grossesse**,
- améliorer le statut en folates des **femmes en âge de procréer**, notamment en cas de projet de grossesse,
- promouvoir l'**allaitement maternel**,
- améliorer le statut en fer, en calcium et en vitamine D des **enfants et des adolescents**
- améliorer le statut en calcium et en vitamine D des **personnes âgées**,
- prévenir, dépister, limiter la dénutrition des **personnes âgées**,
- réduire la fréquence des déficiences vitaminiques et minérales et de la dénutrition parmi les populations en **situation de précarité**,
- protéger les **sujets suivant des régimes restrictifs** contre les déficiences vitaminiques et minérales ; prendre en charge les problèmes nutritionnels des sujets présentant des **troubles du comportement alimentaire**
- prendre en compte les problèmes **d'allergies alimentaires**.

Cette évolution des habitudes alimentaires permettra d'améliorer la santé de la population, en intervenant sur les déterminants des maladies cardiovasculaires, de certains cancers, de l'obésité, de l'ostéoporose, du diabète et des hypercholestérolémies.

2. Les principes du PNNS

Les mesures et actions développées dans le cadre du PNNS s'appuient sur certaines règles :

- o Le choix alimentaire individuel est un acte libre.
- o Outre sa vocation biologique, l'acte alimentaire a une forte charge culturelle, sociale, affective ; c'est, en France, un moment de **plaisir** revendiqué. Le PNNS prend en compte la triple dimension biologique, symbolique et sociale de l'acte alimentaire.
- o Le PNNS prend en compte tant la composante **apports nutritionnels** que la composante **dépenses**, en particulier la dépense énergétique liée à l'activité physique, afin de maintenir un équilibre entre les deux. **La nutrition recouvre donc l'alimentation et l'activité physique**.
- o Globalement, toute action visant la consommation alimentaire en général est orientée par les **objectifs nutritionnels prioritaires**. Aucune des actions prévues et mises en place, si elle vise un objectif particulier parmi les objectifs prioritaires, ne doit aller à l'encontre d'un autre de ces objectifs. **Les stratégies et actions doivent être cohérentes**, sans contradiction, ni explicite ni par omission.
- o La nutrition ne doit pas être réduite à la seule prise en compte de l'obésité (même si le développement de cette pathologie constitue une priorité de santé publique).

ANNEXE 3 : POINT A DATE DU PNNS FEVRIER 2004

Demandé par le Premier ministre le 13 décembre 2000 lors des Etats généraux de l'alimentation, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) a été annoncé le 31 janvier 2001 par le ministre chargé de la santé.

ELABORATION

Il a été élaboré à la suite des travaux initiés par la DGS avec les professionnels et les acteurs économiques en 1998, en préparation de la « priorité nutrition » portée par le ministre chargé de la santé durant la présidence française de l'Union Européenne. Le programme s'appuie largement sur les travaux du Haut Comité de la santé publique (2000). Il a bénéficié des observations émanant des Etats généraux de l'alimentation de décembre 2000 ainsi que des avis du Conseil national de l'alimentation.

OBJECTIFS ET ORGANISATION

- Ce programme plurisectoriel, sur cinq ans, implique de nombreux acteurs institutionnels, associatifs et privés. Il est coordonné par un comité stratégique, présidé par le ministre de la santé, qui se réunit en comité opérationnel une fois par mois (voir le site internet dont l'adresse figure en bas de page pour connaître le déroulement et l'actualité du programme).
- Le programme a pour objectif général l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses **déterminants majeurs : la nutrition**. Principalement axé sur la prévention primaire, mais aussi sur le dépistage et la prise en charge précoce des dégradations de l'état nutritionnel, notamment au sein des établissements de santé, ce programme comprend **neuf objectifs nutritionnels prioritaires quantifiés**, neuf objectifs relatifs à des problèmes spécifiques de populations particulières. Le PNNS fixe six principes généraux, et se décline selon six axes stratégiques, dont l'un relatif à la prise en charge de l'alimentation et de la nutrition dans les établissements de santé. Il prévoit pour chaque axe stratégique des actions précises, avec un échéancier. Un accent particulier est porté sur la cohérence des messages.
- Au sein de l'Union Européenne, le programme apparaît comme novateur par une approche résolument positive de l'alimentation.

REALISATIONS ET ACTIONS EN COURS

- *Lors du comité stratégique du 25 novembre 2003, la mise en place prochaine d'une procédure visant à décider de l'attribution du logo du PNNS à des actions ou communications présentées par des acteurs institutionnels, associatifs, économiques, a été officiellement annoncée. Cette procédure sera mise ouverte après envoi d'une circulaire aux DRASS mentionnant leur rôle dans cette procédure, signature d'un arrêté par le DGS et mise en place à l'INPES de la commission ad hoc. Date prévue de mise en œuvre : mars 2004.*
- *Au niveau régional, dans le cadre de la coordination assurée par les comités techniques régionaux nutrition santé, de nombreuses actions sont mises en œuvre au travers de partenariats multiples.*
- Un appel national à projet commun Assurance maladie /DGS doté de 2,7 millions d'euros a été lancé pour 2004.
- Un groupe de travail "action municipale et PNNS" a débuté ses travaux en octobre 2003. Il réunit professionnels, élus et administrations afin d'identifier des objectifs et modalités d'actions concrètes réalisables au niveau municipal.
- Un groupe de travail « publicité alimentaire et enfant », réunissant acteurs économiques, administrations et scientifiques a été mis en place et doit rendre ses conclusions pour le 10 mars 2004.

- Les comités de liaison alimentation nutrition se développent. Afin de renforcer cette mise en place, un guide méthodologique est en cours de rédaction par la DHOS.
- Des discussions sont en cours dans le but d'inclure la thématique alimentation nutrition dans les référentiels de qualité des établissements de santé.
- Un module de formation continue des professionnels hospitaliers principalement orienté sur la prévention, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition est en cours d'élaboration.
- Des actions sont menées avec divers secteurs alimentaires en vue de réduire la teneur en sel de certains aliments.
- Un aliment enrichi (Vitapoche) a été testé avec succès auprès des personnes sans domicile fixe fréquentant les centres d'aide alimentaire, afin d'entrer dans les stratégies de prévention des carences vitaminiques et minérales dont souffre ce groupe de population. Sa production a été autorisée, et sa distribution dans un cadre restreint précis autorisé par la DGCCRF.
- Le secrétariat d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion a lancé une action de formation des bénévoles des structures d'aide alimentaire, appuyée par des outils pédagogiques.
- Des actions de distribution de fruits dans des écoles et collèges, couplées à des actions pédagogiques, sont en cours dans de multiples zones d'éducation prioritaires, en vue de faire découvrir et consommer les fruits par les enfants.
- Des outils pour une éducation des enfants à la publicité alimentaire sont testés dans diverses écoles.
- Une formation à destination des professionnels de santé publique a été mise en place à l'école nationale de santé publique sur les thématiques et stratégies du PNNS. Elle se déroulera début avril 2004.
- Des formations (Conservatoire national des arts et métiers/DGS) orientées essentiellement vers les personnels de l'assurance maladie et de la mutualité française seront mises en œuvre prochainement dans plusieurs villes de France.
- Le Comité National de l'Alimentation et de la Nutrition des Etablissements de Santé (CNANES), chargé de promouvoir une politique nutritionnelle dans les établissements de santé a été mis en place.

En 3 ans, un grand nombre des actions prévues dans le programme a déjà été réalisé ou initié. L'ensemble de ces interventions est orienté vers le grand public ou les professionnels.

Actions de communication vers le grand public

- En partenariat avec la CNAMTS et l'INPES une campagne médiatique en faveur de la consommation **d'au moins 5 fruits et légumes par jour (frais en conserve ou surgelés)** a été menée à l'automne 2001 et s'est poursuivie en 2002 sous forme de chroniques radios et de la diffusion de documents d'information. En juin 2003 une nouvelle campagne d'affichage a été menée.
- Le **logo du PNNS** a été créé en octobre 2001. Il a depuis été utilisé pour des campagnes et des documents produits par le ministère en lien avec les agences sanitaires. Une réflexion est en cours sur la possibilité que des acteurs institutionnels, associatifs et économiques, utilisent ce logo pour des actions et messages mettant en avant la relation nutrition-santé en référence au PNNS, dans des conditions techniques et réglementaires très strictes, contrôlées "a priori" par les pouvoirs publics. Elle devrait prochainement aboutir.
- « **La santé vient en mangeant, le guide alimentaire pour tous** » a été largement diffusé au grand public (plus de 1,5 millions d'exemplaires). L'objectif de ce guide est de mettre à la disposition du grand public un document de référence permettant à chacun de disposer d'une information simple, scientifiquement validée et de repères concrets de consommation. Ces repères donnent une dimension concrète à la notion floue d'alimentation variée et équilibrée. Les ministères de la santé,

de l'agriculture et les agences ont contribué à ce document. Ce guide a également été adressé à 150000 professionnels de santé avec un document d'accompagnement complémentaire.

- Un guide alimentaire concernant les enfants et adolescents, développé selon des modalités similaires à celles du guide « la santé vient en mangeant : le guide alimentaire pour tous » est en cours de rédaction. Sa parution est prévue à l'automne 2004.
- Le processus permettant la parution de la version du guide alimentaire destinée aux personnes âgées va être très prochainement initié.
- Le dossier nutrition du site Internet du ministère de la santé est régulièrement mis à jour. Une mise au point détaillée du programme y est disponible ainsi que la plupart des textes et documents produits dans le cadre du PNNS.

Actions associant les professionnels (santé, éducation...)

- Le premier numéro de la collection « *les synthèses du PNNS* » à destination des médecins : « *prévention des fractures liées à l'ostéoporose : nutrition de la personne âgée* » est paru en octobre 2001. Le second numéro, intitulé « *alimentation, nutrition et cancer : des vérités, des hypothèses et des idées fausses* » est paru en septembre 2003. Le troisième sur « *allergie alimentaire : connaissances, clinique et prévention* » est paru en janvier 2004. La rédaction du quatrième, portant sur le thème de « *l'allaitement maternel* » a été commandée au comité de Nutrition de la Société française de pédiatrie. La rédaction d'un numéro sur activité physique a été commandée à la société française de nutrition.
- L'ANAES a rendu des recommandations sur l'allaitement maternel. Elle est en train d'en élaborer sur la dénutrition de la personne âgée en établissement de soins, ainsi que sur la prévention et prise en charge de l'obésité de l'enfant.
- La création de 65 postes de diététiciens dans les établissements de santé en 2002 a été décidée.
- Le rapport commandé au Président du Collège des Enseignants de Nutrition sur « *le métier et la formation de diététicien en France* » a été remis au ministre en mai 2003.
- La réflexion sur la conception et la mise en place de réseaux ville-hôpital de prévention et de prise en charge de l'obésité de l'enfant s'est concrétisée par l'expérimentation de 3 sites pilotes (DHOS).
- La réflexion menée par la DHOS sur le dépistage de la dénutrition ou de son risque à l'admission et au cours de l'hospitalisation en se basant sur des critères cliniques simples, a abouti à l'élaboration d'un outil (Nutrimètre) et d'un arbre d'aide à la décision destiné aux médecins.
- Le groupe de travail sur l'intégration de la composante nutrition dans les enseignements scolaires a remis son rapport en septembre 2003.
- Les outils pour l'évaluation nutritionnelle de l'adulte (disque de calcul de l'indice de masse corporelle, IMC) et de l'enfant (disque IMC et courbes accompagnatrices), accompagnés de livrets explicatifs ont été diffusés en novembre 2003. L'enveloppe comprend aussi une affiche des repères de consommation destinée aux salles d'attente. Une version informatique, est disponible et chargeable à partir du site Internet du ministère. Une version sur CDROM sera disponible, avec les « kits », disques, livrets, courbes, au niveau des DRASS vers la mi février 2004.
- Un module de formation continue concernant la prévention et la prise en charge de l'obésité de l'enfant est en cours de réalisation. Il devrait être disponible début 2004.
- Une formation à destination des professionnels de santé publique a été mise en place à l'école nationale de santé publique à partir de 2003 sur les thématiques et stratégies du PNNS.
- Une formation des personnels hospitaliers sur le dépistage et la prise en charge de la dénutrition a été réalisée par l'association nationale de la formation hospitalière.
- Des formations ont été mises en place sur le dépistage de la dénutrition au profit des professionnels hospitaliers par les établissements de santé et l'ENSP, tout au long de l'année 2003.

- Un guide « ressources pour l'allaitement maternel » ainsi qu'un « guide pratique sur l'allaitement maternel » à destination des professionnels, ont été soutenus par le ministère de la santé.

Surveillance

- L'INPES a réalisé le second Baromètre nutrition en 2002. Ses résultats ont notamment été publiés dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 29 avril 2003.
- L'InVS (par une unité créée dans le cadre du PNNS) et l'Afssa finalisent la méthodologie de la 2ème enquête individuelle et nationale sur les consommations alimentaires (INCA2) associée à l'enquête nationale nutrition-santé (ENNS) qui sera mise en œuvre en 2004, afin de suivre l'évolution des indicateurs liés aux objectifs du PNNS.
- Des travaux sont initiés en vue d'assurer une surveillance des modes d'alimentation des enfants de moins de trois ans ainsi que la poursuite de l'exploitation des données des examens de santé scolaires.

Recherche

- 41 projets ont été retenus en 2002 et 46 en 2003 dans le cadre de l'appel national à projet du PNNS portant sur des études-actions menées dans le cadre des objectifs, orientations stratégiques d'intervention et principes du programme. Le détail de ces projets est disponible sur le site Internet du PNNS.
- La nutrition en référence au PNNS fait partie des thématiques d'un certain nombre d'appels à projets du ministère de la recherche (depuis 2001 dans le cadre de l'action Nutrialis du réseau alimentation référence europe), de l'INSERM, de l'INRA.
- L'AFSSA réalise une étude visant à déterminer les Apports Nutritionnels Conseillés en pathologie.

ORIENTATIONS A VENIR

La thématique de l'activité physique, composante à part entière du PNNS sera développée en 2004.

La priorité actuelle porte, en s'appuyant sur les actions en cours, plus spécifiquement sur l'appropriation du programme par les niveaux déconcentrés, décentralisés et les collectivités locales, en assurant la cohérence globale nationale du programme.

Textes officiels parus:

- Circulaire DGS/(SD5A) N° 2002/13 du 9 janvier 2002, relative à la mise en œuvre du Programme national nutrition-santé au niveau déconcentré.
- Circulaire MEN N°2001-118 du 25-6-2001 relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et la sécurité des aliments (co signée par 8 ministres, ministres délégués et secrétaires d'État). Cette circulaire a été complétée en mars 2002 par une lettre aux recteurs signée par les 2 ministres de la santé et de l'éducation, encourageant l'installation de fontaines d'eau fraîche et la suppression des distributeurs de boissons sucrées dans les établissements scolaires.
- La circulaire MEN n°2003-135 du 8-9-2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période clarifie les conditions d'accueil des enfants souffrant d'allergie alimentaire.
- Circulaire DHOS/E1 N°2002/186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé : mise en place au niveau de chaque hôpital d'un comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN).
- Arrêté du 29 mars 2002 portant création du Comité national de l'alimentation et de la nutrition des établissements de santé (CNANES).
- La thématique nutrition a été inscrite dans la circulaire PRAPS de février 2002.
- Le projet de loi de santé publique en discussion au Parlement reprend plusieurs objectifs du PNNS.

ANNEXE 4 POUR EN SAVOIR PLUS

1. Bibliographie

DOCUMENTS DE REFERENCE

Haut Comité de Santé Publique. *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France* : enjeux et propositions. Rennes : ENSP, 2000 : 288 p.

Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, Afssa, InVS, Assurance maladie, ministère de l'Agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales, INPES. *La santé vient en mangeant, le guide alimentaire pour tous*, p128, 2002

BAROMETRES

Baudier et al. Baromètre Santé Nutrition, 1996, adultes. Vanves : 1997 : 180 p.

Arènes et al. Baromètre Santé Jeunes, 97/98, adultes. Vanves : 1999 : 328 p.

Guilbert et al. Baromètre Santé 2000. Vanves : 1997 : 480 p.

INPES, Baromètre Santé Nutrition 2002.

ETUDES , ARTICLES ET RAPPORTS

Diet, Nutrition and the prevention of chronic diseases, OMS, March 2003.

DIPIETRO L. Physical activity, body weight, and adiposity : an epidemiologic perspective. *Exerc Sport Sci Rev*, 1995 ; 23 : 275-303.

DIPIETRO L. Physical activity in the prevention of obesity : current evidence and research issues. *Med Sci Sports Exerc*, 1999 ; 31 (Suppl 11) : S542-6.

Dowda M, Ainsworth BE, Addy CL, Saunders R, Riner W. Environmental influences, physical activity, and weight status in 8- to 16-year-olds. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001 Jun; 155(6):711-7.

Enquête Obépi 2003, L'obésité et le surpoids en France, dossier de presse du 17 juin 2003.

Eriksson et al, Exercise and the metabolic syndrome. *Diabetologia*, 1997, 40, 125-35.

European Heart Network, Physical activity and cardiovascular disease prevention in the European Union, December 1999.

GAUTIER et al, Exercise in the management of non-insulin-dependent (type 2) diabetes mellitus. *Int J Obes Related Metab. Disord.*, 1995, 19, S58-61.

GUEZENNEC CY. Les effets physiologiques de l'activité physique. *Cah Nutr Diét*, 37, 4, 2002, p 235-239.

HEINI A.F., WEINSIER R.L. Divergent trends in obesity and fat intake patterns : the American paradox. *Am J Med*, 1997; 102 : 259-64.

HU et al, Walking compared with vigorous physical activity and risk of type 2 diabetes in women : a prospective study. JAMA, 1999, 282, 1433-9.

LEERMAKERS EA, DUNN AL, BLAIR SN. Exercise management of obesity. Med Clin North Am 2000 ; 84 : 419-40

National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute, North American Association for the Study of Obesity. The practical guide. Identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. NIH Publication N° 00-4084, October 2000;

OPPERT et al, Activité et inactivité physiques dans un échantillon national d'adultes d'âge moyen : l'étude SU.VI.Max (abstract). Réunion Annuelle de l'Alfediam (Grenoble, mars 2000); OPPERT J.M., Cah. Nutr. Diét, 37, 4, 2002, p.231.

ROBINSON TN, Reducing children's television viewing to prevent obesity : a randomized controlled trial. JAMA 1999, 282, 1561-1567.

US Department of Health and Human Services, *Physical activity and health. A report of the Surgeon General*, CDC, Atlanta, 1996.

VOLATIER J.-L. , Enquête individuelle et nationale sur les consommations alimentaires (INCA). Paris : Tec et Doc, 2000 : 158 p.

2. Sites Internet

- Le Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées : informe le public sur les grands axes du Programme national nutrition santé : <http://www.sante.gouv.fr/> (cliquer sur « Nutrition » dans accès simplifié par thème)
- Le Ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales : informe sur les différents modes agricoles. www.agriculture.gouv.fr
- L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des aliments (Afssa) : traite différents thèmes liés à l'évaluation des risques alimentaires et nutritionnels. www.afssa.fr
- L'Institut de Veille Sanitaire (InVS) : évalue l'évolution de l'état nutritionnel et de la consommation en France. www.invs.fr
- L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) : présente des informations et des supports intéressants les intervenants en éducation pour la Santé, sur de multiples thématiques dont la nutrition et l'activité physique. <http://www.inpes.sante.fr/>