

Appel à projets 2015

**Mise en place de l'observatoire national
de l'activité physique et de la sédentarité**

FICHE DE CANDIDATURE

1-3 Budget prévisionnel du porteur de projet

Si l'exercice de l'association est différent de l'année civile, préciser les dates de début et de fin d'exercice. Le total des charges doit être égal au total des produits.

Exercice 20 ou date de début : date de fin :

CHARGES	Montant ⁵	PRODUITS	Montant
CHARGES DIRECTES		RESSOURCES DIRECTES	
60 – Achats	poi	70 – Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services	
Prestations de services			
Achats matières et fournitures		74- Subventions d'exploitation⁶	
Autres fournitures		Etat : préciser le(s) ministère(s) sollicité(s)	
61 - Services extérieurs		-	
Locations		-	
Entretien et réparation		Région(s) :	
Assurance		-	
Documentation		Département(s) :	
62 - Autres services extérieurs		-	
Rémunérations intermédiaires et honoraires		Intercommunalité(s) : EPCI ⁷	
Publicité, publication		-	
Déplacements, missions		Commune(s) :	
Services bancaires, autres		-	
63 - Impôts et taxes		Organismes sociaux (détailler) :	
Impôts et taxes sur rémunération,		-	
Autres impôts et taxes		Fonds européens	
64- Charges de personnel		-	
Rémunération des personnels		L'agence de services et de paiement (ex-CNASEA -emplois aidés)	
Charges sociales		Autres établissements publics	
Autres charges de personnel		Aides privées	
65- Autres charges de gestion courante		75 - Autres produits de gestion courante	
66- Charges financières		Dont cotisations, dons manuels ou legs	
67- Charges exceptionnelles		76 - Produits financiers	
68- Dotation aux amortissements		78 – Reprises sur amortissements et provisions	
CHARGES INDIRECTES			
Charges fixes de fonctionnement			
Frais financiers			
Autres			
TOTAL DES CHARGES		TOTAL DES PRODUITS	
CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES⁸			
86- Emplois des contributions volontaires en nature		87 - Contributions volontaires en nature	
Secours en nature		Bénévolat	
Mise à disposition gratuite de biens et prestations		Prestations en nature	
Personnel bénévole		Dons en nature	
TOTAL		TOTAL	

⁵ Ne pas indiquer les centimes d'euros.

⁶ L'attention du demandeur est appelée sur le fait que les indications sur les financements demandés auprès d'autres financeurs publics valent déclaration sur l'honneur et tiennent lieu de justificatifs. Aucun document complémentaire ne sera demandé si cette partie est complétée en indiquant les autres services et collectivités sollicitées.

⁷ Catégories d'établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre : communauté de communes ; communauté d'agglomération ; communauté urbaine.

⁸ Le plan comptable des associations, issu du règlement CRC n° 99-01, prévoit *a minima* une information (quantitative ou, à défaut, qualitative) dans l'annexe et une possibilité d'inscription en comptabilité mais en engagements « hors bilan » et « au pied » du compte de résultat.

1- Description du projet

Personne responsable du projet :

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Courriel :

Lieu d'implantation de l'observatoire

Adresse :

Téléphone :

Description du projet (joindre tout document utile à la présentation)

Date de mise en œuvre prévue (début) :

Structuration

Structure associative support :

Moyens mis en œuvre

Moyens humains

Nombre de personnes :

Profil des personnes :

Noms, Prénoms	Qualifications/expériences

Moyens matériels et logistiques :

Méthode d'évaluation et indicateurs :

Information complémentaire :

2. Budget prévisionnel du projet

Ce budget doit être établi en prenant en compte l'ensemble des coûts directs et indirects et l'ensemble des ressources affectées à l'action

Nature et objet des postes de dépenses les plus significatifs (honoraires de prestataires, déplacements, salaires, etc) :

Pratiques tarifaires appliquées à l'action (gratuité, tarifs modulés, barème, prix unique, etc.) :

Règles de répartition des charges indirectes affectées à l'action subventionnée (exemple : quote-part ou pourcentage des loyers, des salaires, etc.) :

Quelles sont les contributions volontaires en nature affectées à la réalisation du projet ou de l'action subventionnée⁹ ?

Autres observations sur le budget prévisionnel du projet :

⁹ Les « contributions volontaires » correspondent au bénévolat, aux mises à disposition gratuites de personnes ainsi que de biens meubles (matériel, véhicules, etc.) ou immeubles. Leur inscription en comptabilité n'est possible que si l'association dispose d'une information quantitative et valorisable sur ces contributions volontaires ainsi que de méthodes d'enregistrement fiables.

2.1 Budget prévisionnel du projet

Le total des charges doit être égal au total des produits.

Année ou exercice 20...

CHARGES	Montant ¹⁰	PRODUITS	Montant
CHARGES DIRECTES		RESSOURCES DIRECTES	
60 – Achats		70 – Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services	
Prestations de services			
Achats matières et fournitures		74- Subventions d'exploitation ¹¹	
Autres fournitures		Etat : préciser le(s) ministère(s) sollicité(s)	
61 - Services extérieurs		-	
Locations		-	
Entretien et réparation		Région(s) :	
Assurance		-	
Documentation		Département(s) :	
62 - Autres services extérieurs		-	
Rémunérations intermédiaires et honoraires		Intercommunalité(s) : EPCI ¹²	
Publicité, publication		-	
Déplacements, missions		Commune(s) :	
Services bancaires, autres		-	
63 - Impôts et taxes		Organismes sociaux (détailler) :	
Impôts et taxes sur rémunération,		-	
Autres impôts et taxes		Fonds européens	
64- Charges de personnel		-	
Rémunération des personnels		L'agence de services et de paiement (ex-CNASEA -emplois aidés)	
Charges sociales		Autres établissements publics	
Autres charges de personnel		Aides privées	
65- Autres charges de gestion courante		75 - Autres produits de gestion courante	
66- Charges financières		Dont cotisations, dons manuels ou legs	
67- Charges exceptionnelles		76 - Produits financiers	
68- Dotation aux amortissements		78 – Reprises sur amortissements et provisions	
CHARGES INDIRECTES			
Charges fixes de fonctionnement			
Frais financiers			
Autres			
TOTAL DES CHARGES		TOTAL DES PRODUITS	
CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES ¹³			
86- Emplois des contributions volontaires en nature		87 - Contributions volontaires en nature	
Secours en nature		Bénévolat	
Mise à disposition gratuite de biens et prestations		Prestations en nature	
Personnel bénévole		Dons en nature	
TOTAL		TOTAL	
<p>La subvention de.....€ représente% du total des produits : (montant attribué/total des produits) x 100.</p>			

Ne pas indiquer les centimes d'euros.

L'attention du demandeur est appelée sur le fait que les indications sur les financements demandés auprès d'autres financeurs publics valent déclaration sur l'honneur et tiennent lieu de justificatifs. Aucun document complémentaire ne sera demandé si cette partie est complétée en indiquant les autres services et collectivités sollicitées.

¹² Catégories d'établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre : communauté de communes ; communauté d'agglomération ; communauté urbaine.

¹³ Le plan comptable des associations, issu du règlement CRC n° 99-01, prévoit *a minima* une information (quantitative ou, à défaut, qualitative) dans l'annexe et une possibilité d'inscription en comptabilité mais en engagements « hors bilan » et « au pied » du compte de résultat.

3-1. Déclarations sur l'honneur

Cette fiche doit obligatoirement être remplie pour toute demande (initiale ou renouvellement) quel que soit le montant de la subvention sollicitée. Si le signataire n'est pas le représentant légal de l'association, joindre le pouvoir lui permettant d'engager celle-ci.

Je soussigné(e), (nom et prénom)

représentant(e) légal(e) de l'association.....

- certifie que l'association est régulièrement déclarée

- certifie que l'association est en règle au regard de l'ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements correspondants ;

- certifie exactes et sincères les informations du présent dossier, notamment la mention de l'ensemble des demandes de subventions déposées auprès d'autres financeurs publics ainsi que l'approbation du budget par les instances statutaires ;

demande une subvention de :€

- précise que cette subvention, si elle est accordée, devra être versée au compte bancaire de l'association :

Nom du titulaire du compte :

Banque : Domiciliation :

Code Banque	Code guichet	Numéro de compte	Clé RIB

Fait à , le

Signature

Attention

Toute fausse déclaration est passible de peines d'emprisonnement et d'amendes prévues par les articles 441-6 et 441-7 du code pénal.

Le droit d'accès aux informations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'exerce auprès du service ou de l'Etablissement auprès duquel vous avez déposé votre dossier.

3-2. Attestation

Par application du règlement (CE) n° 1998/2006 de la Commission du 15 décembre 2006, concernant l'application des articles 87 et 88 du traité aux aides de minimis.

Je soussigné(e), (nom et prénom) représentant(e)
légal(e) de l'association,

Atteste que l'association n'a pas bénéficié d'un montant total d'aides publiques spécifiques supérieur à 200 000 euros sur trois exercices.

Fait, le à

Signature

Comment remplir cette fiche ?

- Soit l'association reçoit moins de 200 000 € de financements publics sur 3 ans, le représentant légal signe cette attestation. La subvention peut-être attribuée par arrêté ou convention.
- Soit l'association reçoit des subventions pour un montant supérieur à 200 000 € sur trois ans, dans ce cas, elle porte sur cette page la mention « non concernée » (sous-entendu « par la règle des minimis ») ou la barre ou la raye manuellement en portant un trait en diagonale, après l'avoir imprimée.

Doivent être prises en compte les aides publiques de toute nature (subvention directes, mise à disposition de personnels ou de locaux, exonération de charges sociales ou fiscales) attribuées par l'Etat, les collectivités territoriales, les établissements publics ou l'Union européenne.

Objet de cette fiche :

Le franchissement de ce seuil ne conditionne pas à lui seul le principe d'attribution de la subvention.

Cette attestation permet aux pouvoirs publics de définir le cadre (strictement national et/ou communautaire) dans lequel ils inscrivent leur action.

Les aides dites de minimis dont le montant global par association est inférieur à un plafond de 200.000 € sur trois ans sont considérées comme n'affectant pas les échanges entre Etats membres et/ou insusceptibles de fausser la concurrence.

4- Pièces à joindre au dossier de candidature

1. Les **statuts régulièrement déclarés**, en un seul exemplaire Si l'association est enregistrée dans le RNA (Cf. page 2), il n'est pas nécessaire de les joindre.
2. La **liste des personnes chargées de l'administration de l'association régulièrement déclarée** (composition du conseil, du bureau, ...). Il n'est pas nécessaire de la joindre si l'association est enregistrée dans le répertoire national des associations (RNA).
3. Un **relevé d'identité bancaire**, portant une adresse correspondant à celle du n° SIRET.
4. Si le présent dossier n'est pas signé par le représentant légal de l'association, le **pouvoir donné par ce dernier au signataire**.
5. Les **comptes approuvés du dernier exercice clos**.
6. Le **rapport du commissaire aux comptes pour les associations qui en ont désigné un**, notamment celles qui ont reçu annuellement plus de 153 000 euros de dons ou de subventions
7. Le **cas échéant, la référence de la publication sur le site internet des JO des documents ci-dessus**. En ce cas, il n'est pas nécessaire de les joindre.
8. Le **plus récent rapport d'activité approuvé**.

Annexe 6

APPEL A PROJETS – Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité



Appel à projets 2015

Sport santé bien être - Mise en place de l'observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité

Avec le soutien de la fondation Coca Cola

Date limite de réception des dossiers auprès de la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale de votre territoire : 30 mars 2015 (le cachet de La Poste faisant foi)

Contexte

Dans le cadre du plan d'actions national « sport, santé, bien-être », le ministère de la ville, de la jeunesse et des sports et le Centre national pour le développement du sport (CNDS) ont décidé de développer des partenariats avec des entreprises souhaitant s'engager dans le développement de la pratique sportive comme outil de santé publique, priorité majeure du ministère chargé des sports. Ce plan porte notamment sur des actions visant à toucher des publics pour lesquels la pratique d'une activité physique est particulièrement recommandée et doit être adaptée. Ce plan national est décliné au niveau territorial, par la mise en place dans chaque région de plans « sport, santé, bien-être », adaptés aux priorités identifiées. Cependant, certaines problématiques nécessitent une approche (davantage) scientifique permettant de mesurer l'impact concret de la pratique physique sur la santé de malades chroniques, de personnes atteintes d'obésité ainsi que sur le recul de la dépendance des personnes âgées. Dans ce contexte, le CNDS financera la création d'un observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité.

Objectif

L'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité aura pour vocation d'évaluer le niveau d'activité physique et sportive ainsi que le temps passé à l'activité sédentaire dans la population générale et dans les populations ciblées par le programme, à savoir les jeunes de 12 à 25 ans sur l'ensemble du pays. Lieu de centralisation des connaissances et véritable outil de réflexion, d'expertise et d'analyse, il recensera l'ensemble des dispositifs spécifiquement mis en place pour promouvoir l'activité physique et sportive et en évaluera l'efficacité.

Aussi, il s'agira de :

- recenser et centraliser les données relatives à l'activité physique et sportive et la sédentarité ;
- analyser les données recueillies annuellement ;
- suivre les actions engagées pour promouvoir l'activité physique et sportive et lutter contre la sédentarité ;
- approfondir la réflexion sur les évolutions et les enjeux sur le thème de l'« activité physique et sédentarité en France » ;
- communiquer et valoriser les études de l'observatoire.

Qui peut répondre ?

Les structures éligibles aux financements sont celles visées à l'article R.411-2 du code du sport et reprises à l'article 4 du règlement général du CNDS : associations sportives, collectivités territoriales ou leurs groupements, organismes assurant le fonctionnement des antennes médicales de prévention du dopage mentionnées à l'article L. 232-1 du code du sport, associations et groupements d'intérêt public qui interviennent dans le domaine des activités physiques et sportives.

Critères de sélection

- le porteur devra avoir une solidité administrative adaptée au portage d'une telle structure et proposer un partenariat scientifique de qualité reconnue dans le domaine du « sport santé » ;
- le porteur de projet devra prendre en compte l'ensemble des objectifs énoncés ci-dessus ;
- le projet devra prévoir l'intervention d'experts tels que des statisticiens, des épidémiologistes et des personnels associés.

Calendrier

- les projets doivent être adressés à la direction (régionale) de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de votre territoire avant le 30 mars 2015, qui n'en sélectionnera qu'un seul ;
- le projet sélectionné par la DRJSCS sera envoyé au CNDS qui, après avoir vérifié la conformité du dossier, le transmettra pour évaluation à un comité scientifique. Ce dernier désignera la structure qui sera retenue au mois de mai 2015 ;
- le CNDS contractualisera avec la structure retenue et procédera au paiement de la subvention ;
- le montant de l'aide sera fixé en fonction du budget présenté par la structure ;
- deux bilans intermédiaires devront être transmis au CNDS en juin 2016 et en juin 2017. Le bilan définitif sera attendu en mars 2018.

CONSEIL DES MINISTRES DU 10 OCTOBRE 2012

COMMUNICATION

LA PRATIQUE DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES
FACTEUR DE SANTE PUBLIQUE

La ministre des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative et la ministre des affaires sociales et de la santé ont présenté une communication relative à la pratique des activités physiques et sportives facteur de santé publique.

Le rôle positif de la pratique des activités physiques et sportives pour la santé est très bien documenté. La mobilisation de tous les acteurs pour développer ces comportements favorables doit être intégrée à la stratégie nationale de santé, souhaitée par le Premier ministre.

Pourtant, de nombreuses personnes restent encore éloignées de toute pratique, ce qui concourt à renforcer les inégalités en matière de santé.

En association avec les collectivités locales et le secteur associatif, une politique publique « Sport – Santé – Bien-être », promouvant les activités physiques et sportives pour tous et à tous les âges de la vie, va donc être mise en œuvre. Elle aura pour ambition d'accroître le recours aux thérapeutiques non médicamenteuses et de développer la recommandation des activités physiques et sportives par les médecins et les autres professionnels de santé.

Cette politique comportera :

- l'encouragement à la pratique sportive à l'école et à l'université ;
- le renforcement de l'offre de pratiques de loisir, y compris pour les personnes en situation de handicap ;
- l'information et l'incitation à la pratique des publics les plus défavorisés, au sein des établissements médico-sociaux, auprès des personnes en recherche d'emploi et des jeunes en contact avec les missions locales ;
- le développement de la pratique d'activités physiques et sportives au sein des entreprises, par la mobilisation des contrats collectifs d'assurance complémentaire ;
- la facilitation de l'accès de tous les publics aux installations sportives ;
- la promotion de la mobilité active (modes doux, marche à pied, cycles, nouveaux usages de l'espace public...), à travers les plans de déplacement urbain, et le développement des dessertes des équipements sportifs (stades, gymnases...) par tous les modes de transport.

Les règles pour pratiquer les activités physiques et sportives en toute sécurité seront diffusées en parallèle de ces actions.

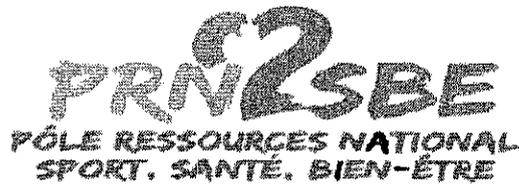
(...)

(...)

La politique publique « Sport-Santé-Bien-être » encouragera également la pratique des publics dits « à besoins particuliers » (sédentaires, seniors, patients atteints de maladies chroniques...), à travers le développement de réseaux régionaux sport et santé, la création d'un pôle ressource sport et santé au sein du ministère chargé des sports, et l'encouragement à l'intégration de la pratique physique dans les projets régionaux de santé et les contrats locaux de santé.

Seront mises à l'étude la possibilité de limiter le recours au certificat médical annuel, notamment pour les pratiques scolaires et de loisirs, et l'amélioration de la formation des intervenants du secteur sanitaire et du secteur sportif.

Enfin, le ministère en charge des sports et celui en charge de la santé lanceront un appel à projets territoriaux visant à valoriser les initiatives locales et à diffuser les bonnes pratiques.



PLANS REGIONAUX SPORT-SANTE BIEN-ETRE SYNTHESE ET ANALYSE ANNEE 2014

LE CONTEXTE : LE SPORT COMME FACTEUR DE SANTE EST UNE PRIORITE

Par leur intervention conjointe en conseil des ministres le 10 octobre 2012, Madame Valérie FOURNEYRON, ministre chargée des sports, et Madame Marisol TOURAINE, ministre chargée de la santé ont fait de la pratique des activités physiques ou sportives comme facteur de santé publique une priorité du gouvernement. Les deux ministres ont souhaité impulser une dynamique afin de lutter contre l'inactivité physique. Cette volonté s'est traduite au travers d'un plan national sport et santé interministériel composé de 47 actions. Ce plan est piloté par le ministère chargé des sports. L'instruction interministérielle DS/DSB2/SG/DGS/DGCS/2012/434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des APS comme facteur de santé publique prévoit la mise en place de plans régionaux sport santé bien-être pluriannuels, coordonnés par les agences régionales de santé (ARS) et les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS). Ces plans régionaux doivent être en cohérence avec le contexte sanitaire territorial.

La mise en œuvre et les résultats attendus de certaines actions identifiées au sein du plan national sport santé bien-être dépendent des données fournies par les régions dans le cadre du bilan des plans.

Ces actions sont les suivantes :

- **action 34** : accompagner le développement de l'offre de pratique dans les clubs, pour les personnes à besoins spécifiques, et notamment celles atteintes de pathologies chroniques, via la part territoriale du CNDS ;
- **action 35** : accompagner le développement de l'offre de pratique dans les clubs et associations sportives, pour les personnes atteintes de maladies chroniques, via le fonds d'intervention régional (FIR) de chaque ARS ;
- **actions 37** : promouvoir la pratique d'une activité physique encadrée par un personnel qualifié dans le domaine de l'encadrement sportif, au sein des EHPAD et des foyers et résidences pour personnes âgées. Les inciter à inscrire ces activités dans leur projet d'établissement ;
- **action 43** : identifier les facteurs clés de réussite pour la mise en place de réseaux opérationnels sur la base des résultats de l'évaluation des réseaux existant ;
- **action 44** : développer et accompagner les réseaux déjà existant (ARS/DRJSCS) ;

- **action 45** : créer des réseaux dans les régions non engagées dans la démarche à ce jour (ARS/DRJSCS).

La mise en place des plans régionaux a pour objectif principal d'amener à une pratique d'activités physiques et sportives les populations qui en sont le plus éloignées, notamment les personnes avancées en âge, les personnes handicapées et les malades atteints de pathologies chroniques.

Les axes stratégiques retenus ont été les suivants :

- Promouvoir et développer la pratique des APS (particulièrement de loisir)
 - ✓ pour les personnes atteintes de maladies chroniques ;
 - ✓ pour les personnes avancées en âge, quelque soit leur lieu de vie et leur degré d'autonomie ;
 - ✓ pour les personnes en situation de handicap.
- Généraliser et professionnaliser les APS au sein des établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- Renforcer la prise en compte de la promotion de l'APS comme facteur de santé au sein de la politique de la ville
- Développer les dispositifs de collaboration entre les acteurs régionaux au travers de « réseaux régionaux sport-santé »

Les ressources identifiées :

L'élaboration et la mise en œuvre du plan devaient se faire en complète collaboration entre les ARS et la DRJSCS au travers d'un comité de pilotage (COPIL) créé à cet effet au travers d'une structure chargée de coordonner les politiques publiques. Tous les acteurs concernés par la thématique devaient être mobilisés. Au plan financier 1,5M€ ont été mobilisés par le Centre national pour le développement du sport (national et territorial) ainsi que des crédits de fonds d'intervention régional. De nouveaux partenariats publics et privés peuvent être initiés.

1/ANALYSE DES PLANS REGIONAUX PLURIANNUELS SPORT-SANTE-BIEN-ETRE 2013-2016

L'analyse des bilans porte sur :

1/1 La méthodologie

Les DRJSCS avaient toute latitude pour formaliser leur plan régional sport santé bien être dans le respect de l'instruction citée en référence. La méthodologie retenue pour élaborer le bilan a été celle de l'auto-évaluation à partir d'un document type (ci-joint) à renseigner par les personnes chargées du suivi des plans au sein des DRJSCS. Celui-ci devait permettre de recueillir des données objectives pour chacun des axes stratégiques et de quantifier les moyens financiers mobilisés. Les données à renseigner étaient les suivantes :

- ✓ nombre d'actions ;
- ✓ nombre de personnes ;
- ✓ montant de subvention Etat (CNDS-FIR-BOP) ;
- ✓ montant des autres financements.

Le recueil de données plus subjectives devait permettre d'appréhender les conditions dans lesquelles les actions étaient menées. Il était demandé d'apprécier les points positifs et de lister les difficultés rencontrées dans la réalisation des actions pour chacun des axes stratégiques et pour mobiliser les différents acteurs.

Certains bilans étaient incomplets (manque de données financières ou de participation). De façon générale, les actions renseignées sont celles connues des services territoriaux de l'État pour lesquelles une demande de financement a été déposée et accordée, que ce soit au titre du CNDS ou bien du FIR.

La structuration : la plupart des régions s'appuient sur leur connaissance du territoire et des différents acteurs pour mettre en place des actions en adéquation avec les axes prioritaires de l'instruction. Cependant on note un manque de clarification des domaines d'intervention de chacun des acteurs, qu'ils soient du secteur privé ou institutionnel. Il en résulte un manque de coordination optimale qui peut nuire à l'efficacité des actions. Certaines régions collaborent avec un ou plusieurs réseaux d'acteurs identifiés et engagés sur la thématique.

Le contenu : les bilans ont montré un décalage entre les actions présentées au sein des plans et les actions concrètes sur le terrain. Dans l'ensemble, les bilans ont permis d'enrichir en qualité le contenu des plans initiaux

Le retour des bilans : malgré un document à renseigner sur des items bien identifiés relatifs aux moyens octroyés par les DRJSCS et les ARS, aux publics touchés, au type d'actions et au nombre de participants ; les retours ont été de qualité inégale.

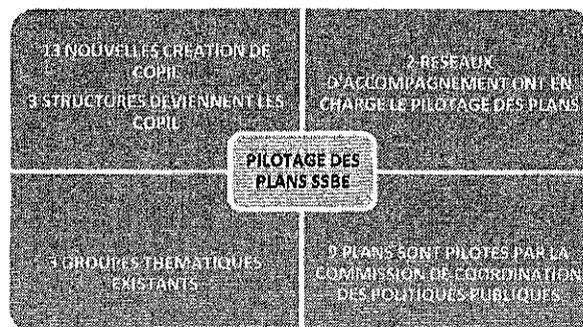
1/2 Le pilotage des plans régionaux

Toutes les régions ont mis en place un pilotage opérationnel des plans :

- soit par la création d'un COPIL spécifique dédié à la mise en place du plan ;
- soit par la création d'une instance nouvelle dédiée au sein de structures chargées du pilotage et de la coordination des politiques publiques ou de réseaux existant qui deviennent de fait les « COPIL » ;
- soit par le pilotage du plan régional par un comité ou une commission déjà en place sur des thématiques liées au sport, à la nutrition ou à la prévention.

Les 4 structures identifiées sont :

- ✓ CCPP : commission de coordination des politiques publiques ;
- ✓ CRAN : collectif régional autour de la nutrition ;
- ✓ CRSA : conférence régionale de la santé et de l'autonomie ;
- ✓ CRCS : conférence régionale consultative du sport.



1/3 La contractualisation

Le document contractuel ne paraît pas être un élément essentiel à la réussite des plans. Dans la plupart des régions, il existait déjà un conventionnement ou un accord de principe entre les DRJSCS et les ARS pour développer des collaborations autour de la santé par le sport. Les collaborations en faveur de la pratique des APS sont pour la plupart des régions inscrites au sein du plan régional de santé (PRS) et plus particulièrement du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Cependant, 18 régions ont présenté un document cosigné entre les ARS et les DRJSCS.

1/4 Les actions

Les plans reprennent, partiellement ou en totalité, les grandes orientations définies dans l'instruction du 24 décembre 2012. Ils ont été adaptés aux spécificités territoriales. Certaines problématiques ou certains publics sont donc prioritaires ou non.

Les actions ou les projets répertoriés au sein des bilans et accompagnés par les services de l'Etat sont en cohérence avec les plans régionaux déposés. Pour certaines régions, on peut lire au travers des bilans une implication plus importante et de façon plus structurée que celle présentée au sein du plan initial.

Le tableau 1 présente la répartition des actions et des publics :

- 810 actions ou projets ont été répertoriés pour un public de 228.454 personnes. Un projet peut-être initié à plusieurs endroits différents ;
- 59,2% des actions concernent 39,68% du public dit « à besoins particuliers » c'est-à-dire, les personnes en situation de handicap, les personnes avançant en âge et les personnes atteintes d'une maladie chronique non transmissible. Cet écart significatif entre les actions et le public s'explique par la complexité à mettre en place des actions pour ce public qui demande une attention particulière ;
- Les actions tous publics, c'est-à-dire celles répertoriées en tant que prévention primaire, représentent 22% des actions pour 44,5% des personnes.

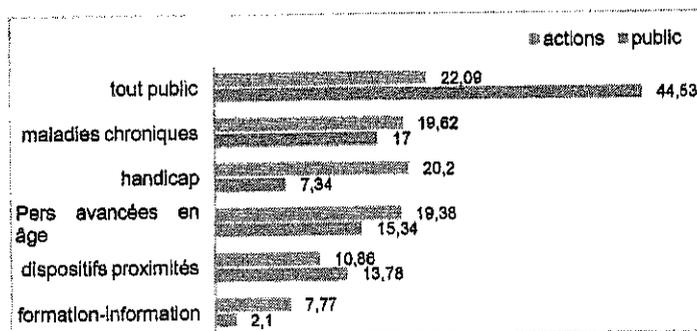


Tableau 1 : Données en % des actions et du public visé

- 768 acteurs publics et privés ont été identifiés dans la mise en place des actions ;
- 50 fédérations sportives et groupements nationaux impliqués.

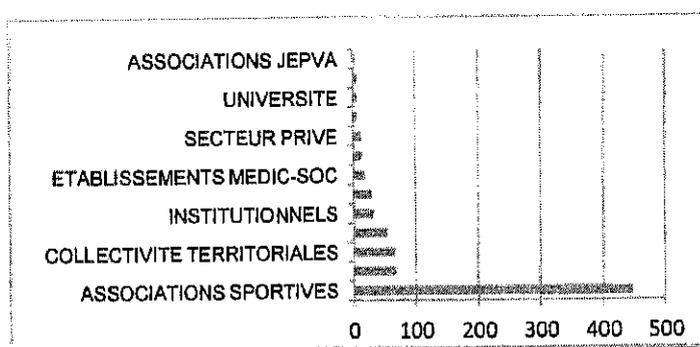


Tableau 2 : Répartition des acteurs par type de structure

a) Les APS pour les personnes avançant en âge

Cette population est composée de personnes de 60 ans et plus. Les actions en faveur de ce public représentent 19,38% des actions pour 15,34% des personnes (Tableau 1). Il ressort que les personnes avancées en âge vivant à domicile, ont davantage accès aux pratiques d'activités physiques et sportives que les personnes en établissement (EHPAD). 738 établissements ont intégré les APS au sein de leur structure. A la lecture des bilans, il n'est pas possible d'établir une liste exhaustive des établissements concernés (Tableau 2)

36 046 personnes pour 157 actions	
EHPAD 59 actions soit 36,95% 16 094 personnes soit 46% 738 établissements concernés	Domicile 99 actions soit 63,05% 18 954 personnes soit 54%

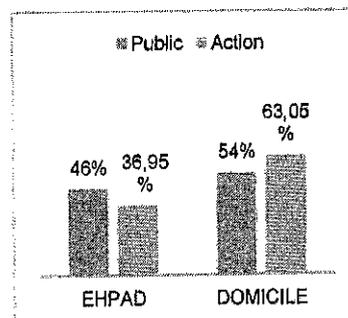


Tableau 2 : Données relatives aux personnes de 60 ans et plus

b) Les APS pour les personnes atteintes d'une maladie chronique

Au regard des bienfaits de la pratique sportive dans le cadre de la prévention tertiaire, une des priorités des plans était d'accompagner les personnes porteuses d'une pathologie chronique. Les actions représentent 19,62% des actions et 17% du public (tableau 1). La pathologie pour laquelle les actions sont les plus nombreuses et touchent le plus grand nombre de personnes est le cancer. Plus de 18% des actions (tableau 3) concerne la prise en charge des personnes souffrant de surpoids ou d'obésité. Les régions bénéficient de l'existant et des savoir-faire liés au plan national obésité mis en place depuis plusieurs années.

Certaines actions étaient répertoriées « toutes maladies chroniques ou toutes pathologies » ; elles représentent 39% des actions et 34,5% des personnes (tableau 3). Dans cette catégorie, sont également identifiées, des personnes atteintes de cancer, diabète, obésité, maladies cardio-vasculaires, des broncho pneumo constructive obstructive et des syndromes dépressifs. Cependant, il n'a pas été possible d'en faire la répartition par manque de précisions des données (Tableau 3).

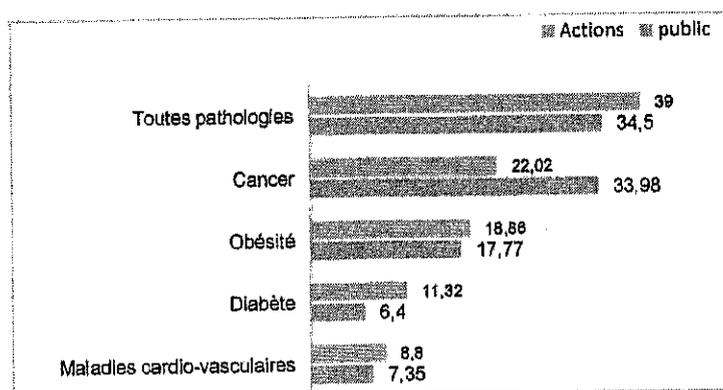


Tableau 3 : Comparaison types de pathologies/public

c) Les actions de formation

La formation des intervenants, notamment pour encadrer les personnes à besoins particuliers reste une préoccupation importante des porteurs de projets. Le champ de l'animation du « sport-santé » n'est pas régi par un diplôme spécifique, c'est la réglementation de l'encadrement des APS qui s'applique. Ce champ d'emploi est investi par les éducateurs sportifs titulaires d'un diplôme inscrit au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP). Ces diplômes sont délivrés soit par le ministère en charge des sports, soit par l'enseignement supérieur ou par le mouvement sportif. Au travers des plans, 63 actions, soit 2,1% du total des actions, ont été mises en place.

4805 personnes ont été formées spécifiquement à une ou plusieurs thématiques liées au « sport-santé ». La répartition est la suivante :

- 15,23% des personnes sont formées dans le cadre de formations fédérales mises en place par les ligues ou comités régionaux des fédérations sportives ;
- 5,96% des personnes ont suivi une formation spécifique à une thématique liée au sport-santé, dans le cadre d'un diplôme d'Etat d'éducateur sportif, soit par la mise en place d'un

certificat de spécialisation « animation et maintien de l'autonomie de la personne » (AMAP) ou « accompagnement et intégration des personnes en situation handicap », soit par des unités complémentaires permettant d'acquérir des compétences dans le domaine des APS comme facteur de santé ;

- 78,81% des personnes formées ont suivi des formations complémentaires mises en place pour développer des nouvelles compétences professionnelles. Celles-ci sont proposées par des universités au travers de DU (Diplômes Universitaires), par des établissements Jeunesse et sports (CREPS), par des organismes de formation privés et par les réseaux « sport-santé » actifs au sein des régions.

d) Le financement des actions

Les données recueillies permettent d'identifier trois sources de financement des actions pour un montant total de **6.585.056€**, soit :

- 2.670.102€ (CNDS et BOP 2019) pour le ministère en charge des sports ;
- 2.645.099€ pour les agences régionales de santé ;
- 1.269.855€ pour les autres financements (collectivités territoriales, privés....).

Le financement des ARS, au travers du FIR, concerne essentiellement et de façon conséquente les actions mises en place au sein des EHPAD et dans l'accompagnement des dispositifs de proximité.

A la lecture des données, le subventionnement moyen d'une action est de **8129€ par action**, et la **somme par personne représentée 28.82€**

1/5 Les APS au sein des dispositifs de proximité

24 régions ont inscrit des actions au sein des dispositifs de proximité. Les dispositifs utilisés sont les ateliers santé ville (ASV), les contrats urbains de cohésion sociale (CUCS), les nouveaux contrats de ville initiés en 2013, et les contrats locaux de santé (CLS) portés par les ARS et les collectivités locales. 30.973 personnes, soit 13,65% du public (Tableau 1), ont pu ainsi pratiquer des activités physiques dans le cadre de ces dispositifs, qui utilisent l'activité physique comme outil de prévention de la santé.

Ce chiffre devra être affiné avec le secrétariat à la ville (SGCIV) et la direction générale de la santé (DGS) au travers du plan national sport santé bien-être.

88 actions soit 10,75% des actions, sont recensées, elles sont réparties de la façon suivante :

- 43 au sein des ateliers santé ville (ASV) ;
- 20 au sein des contrats locaux de santé (CLS) ;
- 25 au sein des contrats urbains de cohésions sociale ou contrats de ville.

1/6 Les réseaux

Pour l'ensemble des régions, la constitution et le renforcement des collaborations entre les réseaux sont des facteurs de réussite significatifs dans la mise en œuvre des plans.

Les réseaux doivent permettre de :

- ✓ mutualiser et d'échanger l'information ainsi que les expériences ;

- ✓ mettre en place un schéma d'organisation pour faciliter la pratique des APS comme facteur de santé : informer-orienter-prendre en charge les pratiquants au sein d'une structure.

46 réseaux au sein de 24 régions ont été identifiés. Il y a 3 modèles d'organisation de réseaux :

- les réseaux peuvent être généralistes sur le thème du « sport-santé » : il s'agit de réseaux d'information et d'échange sur le thème des bienfaits de la pratique des APS comme facteur de santé (prévention primaire à tertiaire). Ce sont aussi, pour les plus structurés, des réseaux d'accompagnement de personnes identifiées vers la pratique d'activités physiques ou sportives. Les personnes sont orientées vers le réseau par un professionnel de santé, qui va l'orienter vers une pratique sportive adaptée à son état de santé et à sa condition physique. L'APS est au cœur du dispositif. 11 régions ont identifié des réseaux de ce type sur leur territoire ;
- les réseaux peuvent être spécifiques à une problématique de santé, souvent une pathologie (réseau cancer, réseau obésité, réseau diabète etc...)(tableau 4). Ils permettent d'informer et d'accompagner les malades au cours de leur thérapie et des conséquences de celle-ci dans la vie quotidienne ;
- les réseaux peuvent être dédiés à des thématiques prioritaires de l'Etat : il s'agit en général de réseaux de prévention, mis en place pour décliner au niveau territorial une priorité nationale (Plan obésité, bien-vieillir, le PNNS, PRAPS...).

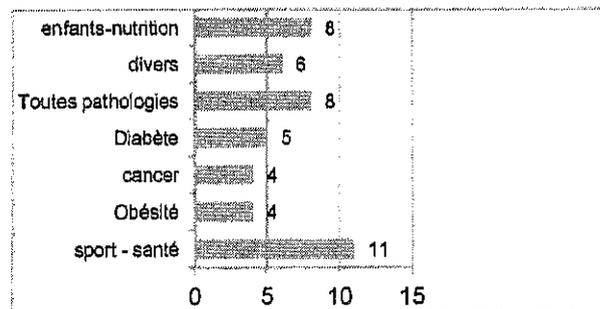


Tableau 4 : Répartition des 46 réseaux identifiés

2/ LES FACTEURS FACILITANTS ET LES FREINS AU DEVELOPPEMENT D' ACTIONS

2/1 Les facteurs facilitant le développement d'action

- une bonne collaboration entre les ARS et les DRJSCS, et une répartition claire des rôles et des missions de chacun des acteurs ;
- un comité de pilotage régional dédié composé d'acteurs mobilisés sur la thématique. Celui-ci est plus efficace s'il s'accompagne de la création d'un comité technique restreint qui permet d'assurer un suivi régulier des actions du plan ;
- une implication forte du mouvement sportif au travers des ligues et comités régionaux des fédérations sportives dans la mise en œuvre des actions. Trop peu de CROS sont impliqués ;
- la mise en place de collaborations avec les réseaux de santé des maladies métaboliques et les réseaux de prévention ;

- l'identification d'un réseau d'accompagnement des personnes vers la pratique d'APS comme facteur de préservation ou d'amélioration de la santé.

2/2 Les freins au développement des actions

- le manque d'implication des centres de soins, des professionnels du secteur médical et paramédical, des EHPAD ;
- manque de ressources financières pour développer et pérenniser les actions ;
- manque de visibilité des formations existantes et manque d'information sur les diplômes requis permettant l'encadrement des APS pour des personnes à besoins particuliers ;
- l'offre de pratiques d'APS est insuffisante par rapport à la demande ;
- manque de ressources humaines pour développer et accompagner les projets ;
- manque d'outils pour accompagner le montage de projets et mener leur évaluation ;
- difficultés à repérer les personnes en difficultés et éloigner de toutes pratique d'APS ;
- le contexte local et territorial peut être un frein à la mise en place d'action : zone trop urbanisée, zone rurale, contexte social...

3/CONCLUSIONS

La mise en place des plans régionaux a permis de redynamiser les territoires. Ils ont facilité et renforcé les collaborations entre les différents acteurs impliqués. Ils ont permis d'organiser ou de faire évoluer la réflexion, sur des actions qui sont menées depuis de nombreuses années et sur celles à mettre en place pour répondre à de nouveaux besoins, tout cela dans un contexte partenarial en évolution. La plupart des régions ont engagé un état des lieux de l'offre existante par un recensement des actions mises en place et des structures qui les portent. Cela pourrait nourrir des bases de données régionales qui permettraient d'établir un annuaire des lieux de pratiques. Mais il faudrait veiller à recenser toutes les actions, même celles qui n'ont pas sollicité d'aide de l'Etat.

Les plans ont démontré la pertinence de développer ou de renforcer des réseaux nouveaux et d'établir du lien entre les différents réseaux qui développent des actions en faveur de l'activité physique ou bien qui en font la promotion et l'accompagnement. La réussite des réseaux repose sur des collaborations entre des professionnels de santé et des professionnels du sport, avec un soutien des pouvoirs publics. Leur action doit s'inscrire dans une démarche durable, avec comme seul objectif la préservation de la santé et la réduction des inégalités d'accès à la pratique. Le fonctionnement des réseaux et la mise en place des actions de promotion des APS comme facteur de santé et d'accompagnement vers une pratique sportive demandent une pérennisation des financements publics et la mobilisation de nouveaux partenaires.

Les plans régionaux doivent s'inscrire dans une dynamique pluriannuelle. Ils devraient permettre la coordination de l'action de l'Etat en matière de promotion des APS pour la santé qui se traduit depuis de nombreuses années au travers de différents plans de santé publique (plan obésité-plan national nutrition santé-plan bien-vieillir). Cette dispersion des APS au travers de différents plans et dispositifs font que l'action de l'Etat n'est pas toujours visible et lisible.

Le bilan présenté n'est qu'un état des lieux de l'existant au niveau régional, le manque de données des services départementaux ne permet pas d'avoir une vision globale régionale.

Programme national nutrition santé 2011 2015



Programme national
nutrition santé
2011-2015

Sommaire

Introduction • 5

Enjeux, principes, méthodologie et objectifs • 7

- Les objectifs nutritionnels de santé publique fixés par le Haut conseil de la santé publique • 7
- Pilotage du Programme national nutrition santé (PNNS) et du Plan obésité • 8
- Le PNNS 2011-2015 : une élaboration fondée sur une large concertation • 9
- Les principes généraux du PNNS • 10
- Leviers stratégiques • 11

Axes stratégiques du Programme • 13

Axe 1 → Réduire par des actions spécifiques les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention • 13

- Mesure 1 Mettre en place des interventions spécifiques pour réduire les inégalités sociales de santé (ISS) en matière nutritionnelle • 16
- Mesure 2 Décliner la stratégie de prévention nutritionnelle dans le champ de l'alimentation • 18
- Mesure 3 Mettre en œuvre les actions ayant un impact de santé publique mentionnées dans le Programme éducation santé 2011-2015 et complémentaires à ce programme • 21
- Mesure 4 Développer des actions d'information et d'éducation nutritionnelle • 22
- Mesure 5 Promouvoir l'allaitement maternel • 24

Axe 2 → Développer l'activité physique et sportive (APS) et limiter la sédentarité • 25

- Mesure 1 Promouvoir, développer et augmenter le niveau d'activité physique quotidienne pour tous • 27
- Mesure 2 Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée (APA) chez les populations en situation de handicap, défavorisées, âgées ou atteintes de maladies chroniques • 28

Axe 3 → Organiser le dépistage et la prise en charge du patient en nutrition :
diminuer la prévalence de la dénutrition • 31

- Mesure 1 Organiser le dépistage des troubles nutritionnels et la prise en charge du patient • 32
- Mesure 2 Prévenir et dépister la dénutrition • 33
- Mesure 3 Prendre en charge la dénutrition • 34
- Mesure 4 Prévenir et prendre en charge les troubles nutritionnels des populations en situation de handicap • 35

Axe 4 → Valoriser le PNNS comme référence
pour les actions en nutrition ainsi que l'implication des parties prenantes • 37

- Mesure 1 Promouvoir le PNNS comme la référence en matière de « nutrition et santé » • 38
- Mesure 2 Développer les chartes d'engagement des collectivités territoriales actives du PNNS • 39
- Mesure 3 Développer les chartes d'engagement des entreprises au profit des salariés • 40
- Mesure 4 Faire connaître et valoriser les actions et documents validés par le PNNS • 41

Volet transversal → Formation, surveillance, évaluation et recherche • 43

- Mesure 1 Contribuer à l'orientation de la formation en nutrition et santé publique • 44
- Mesure 2 Maintenir les outils nationaux de surveillance nutritionnelle et créer des outils nouveaux indispensables • 45
- Mesure 3 Clarifier les enjeux, les intérêts, les besoins, les méthodes de l'évaluation • 46
- Mesure 4 Contribuer aux orientations de la recherche en nutrition et santé publique • 47
- Mesure 5 Promouvoir l'expertise française au niveau européen et international • 48
- Mesure 6 Évaluer le PNNS et le Plan obésité • 49

Annexes • 51

- Annexe 1 Chiffres clés - 2011 • 51
- Annexe 2 Évolution de la notoriété des outils et des messages nutritionnels du PNNS
Évolution du niveau de citation des repères entre 2006 et 2009 • 63

Introduction

L'amélioration de l'état nutritionnel de la population constitue, en ce début de 21^e siècle, un enjeu majeur pour les politiques de santé publique menées en France, en Europe et dans le monde. Une nutrition satisfaisante est un facteur de protection de la santé. Les avancées de la recherche ont précisé le rôle que jouent l'inadéquation des apports nutritionnels et l'insuffisance d'activité physique dans le déterminisme de nombreux cancers et maladies cardio-vasculaires, qui représentent plus de 55 % des 550 000 décès annuels en France. Des facteurs nutritionnels sont aussi impliqués dans le risque ou la protection vis-à-vis du diabète, de l'obésité, de l'ostéoporose ou de diverses déficiences.

Le Programme national nutrition santé (PNNS) a été initié en 2001 et prolongé en 2006. Il a fourni un cadre de référence et produit de nombreux outils et mécanismes incitatifs, servant de support aux actions. Il a permis la mobilisation de nombreux acteurs (ministères, élus locaux, professionnels des domaines de la santé, de l'activité physique, de l'éducation ou du domaine social, acteurs économiques et bénévoles). Plusieurs objectifs initialement fixés ont été partiellement ou totalement atteints, comme la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, la réduction de la consommation de sel ou de sucre, l'augmentation de la consommation de fruits chez les adultes. Pour autant, ces améliorations n'ont pas concerné de façon homogène toutes les composantes de la population et les inégalités sociales de santé se sont creusées dans le domaine de la nutrition¹. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et du Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux², a souligné que la reconduction du PNNS en l'état « *n'était pas souhaitable compte tenu des difficultés identifiées entre ses fonctions de cadre de référence et ses responsabilités de conduite opérationnelle, mais aussi dans son dispositif de gouvernance et dans l'articulation entre ce programme et les autres plans, programmes et politiques sectorielles* ».

Le Président de la République a souhaité la formalisation d'un plan obésité (PO) pour la France, avec pour objectif de répondre à la croissance du nombre de sujets gravement atteints. Le Parlement a institué en 2010³ un programme gouvernemental quinquennal relatif à la nutrition et à la santé (Code de la santé publique article L3231-1) ainsi qu'un programme gouvernemental pour l'alimentation (Code rural, article L230-1).

Le PNNS traite de la nutrition comme déterminant de la santé. Le Plan obésité (PO) s'articule et complète le PNNS par l'organisation du dépistage, de la prise en charge des patients ainsi que par une dimension importante de recherche. Le PNNS et le PO sont présentés conjointement. Le Programme national pour l'alimentation (PNA) a été initié en septembre 2010⁴.

¹ Voir les chiffres clés en annexe.

² JOURDAIN MENNINGER Danièle, LECOQ Gilles, GUEDJ Jérôme, BOUTET Pierré, DANIEL Jean-Baptiste, MATHIEU Gérard, Inspection générale des affaires sociales, Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux, *Évaluation du programme national nutrition santé PNNS2 2006-2010*, mai 2010.

³ Par la loi n° 2010-874 du 27 juillet 2010 de modernisation de l'agriculture et de la pêche.

⁴ <http://www.alimentation.gouv.fr>

L'article L230-1 du Code rural stipule que « le programme national pour l'alimentation prévoit les actions à mettre en œuvre dans les domaines suivants :

- « - la sécurité alimentaire, l'accès pour tous, en particulier pour les populations les plus démunies, à une alimentation en quantité et qualité adaptées ;
- la sécurité sanitaire des produits agricoles et des aliments ;
- la santé animale et la santé des végétaux susceptibles d'être consommés par l'homme ou l'animal ;
- l'éducation et l'information notamment en matière de goût, d'équilibre et de diversité alimentaires, de besoins spécifiques à certaines populations, de règles d'hygiène, de connaissance des produits, de leur saisonnalité, de l'origine des matières premières agricoles ainsi que des modes de production et de l'impact des activités agricoles sur l'environnement ;
- la loyauté des allégations commercialisées et les règles d'information du consommateur ;
- la qualité gustative et nutritionnelle des produits agricoles et de l'offre alimentaire ;
- les modes de production et de distribution des produits agricoles et alimentaires, respectueux de l'environnement et limitant le gaspillage ;
- le respect et la promotion des terroirs ;
- le développement des circuits courts et l'encouragement de la proximité géographique entre producteurs et transformateurs ;
- l'approvisionnement en produits agricoles locaux dans la restauration collective publique comme privée ;
- le patrimoine alimentaire et culinaire français, notamment par la création d'un registre national du patrimoine alimentaire.

Les actions mises en œuvre dans le domaine de l'éducation et de l'information en matière d'équilibre et de diversité alimentaires ainsi que dans le domaine de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire suivent les orientations du programme national relatif à la nutrition et à la santé, défini à l'article L3231-1 du Code de la santé publique. »

Les mesures en faveur d'une bonne alimentation prévues dans le PNA, s'inscrivent dans la stratégie de prévention nutritionnelle du PNNS. Elles mobilisent en ce sens les différents opérateurs (producteurs, industriels, commerçants, restaurateurs, associations et collectivités) œuvrant dans le domaine de l'alimentation. Les médecins généralistes, de par leur contact direct avec chaque famille, ont un rôle tout particulier à jouer pour une prévention nutritionnelle adaptée aux conditions de vie de chacun, ainsi que dans le dépistage et la prise en charge des pathologies liées à la nutrition, notamment le surpoids et l'obésité.

Le PNNS associant également les ministères chargés de l'éducation nationale, des sports, de la consommation, de la cohésion sociale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, présente par conséquent, une forte dimension interministérielle.

Par ailleurs, une déclinaison spécifique des actions du PNNS et du PO sera mise en œuvre pour les départements ultramarins.

Le document ci-après comporte :

- Les objectifs fixés en 2010 par le Haut conseil de la santé publique (HCSP) pour le champ de la nutrition ;
- Les mesures prévues pour le PNNS, au regard des objectifs chiffrés du HCSP, et ses principales actions explicitées selon 4 axes et un volet transversal.

Enjeux, principes, méthodologie et objectifs

Objectif général du PNNS : *améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population, en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs, la nutrition.*

Les objectifs nutritionnels de santé publique fixés par le Haut conseil de la santé publique

Le HCSP a notamment pour mission de « contribuer à la définition des objectifs pluriannuels de santé publique, d'évaluer la réalisation des objectifs nationaux de santé publique et de contribuer au suivi annuel ». Il a défini, dans son rapport d'avril 2010 intitulé *Objectifs de santé publique : évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. Propositions*⁵, des objectifs destinés à piloter et évaluer la politique nutritionnelle, en termes d'amélioration de la qualité de la santé de la population et de réduction des niveaux d'exposition à divers risques. La question des inégalités sociales de santé, qui concerne l'ensemble des thématiques de la politique de santé publique, a fait l'objet d'une attention particulière.

Ces objectifs nutritionnels structurent les orientations stratégiques et servent de base pour définir les actions prévues pour le Programme national nutrition santé (PNNS) et le Plan obésité (PO).

Dans le domaine de la nutrition, ces objectifs quantifiés, ont été regroupés selon quatre axes. D'autres objectifs relatifs à des niveaux d'exposition ayant des conséquences sur l'état nutritionnel (consommation d'alcool) ou à des problèmes de santé ayant un déterminant nutritionnel (HTA, dyslipidémie...) ont été également définis.

1. Réduire l'obésité et le surpoids dans la population

- Stabiliser la prévalence de l'obésité et réduire le surpoids chez les adultes
- Diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants et les adolescents

2. Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges

- Augmenter l'activité physique chez les adultes
- Augmenter l'activité physique et lutter contre la sédentarité chez les enfants et les adolescents

3. Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment chez les populations à risque

- Augmenter la consommation de fruits et légumes
- Réduire la consommation de sel
- Augmenter les apports en calcium dans les groupes à risque
- Lutter contre la carence en fer chez les femmes en situation de pauvreté
- Améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer
- Promouvoir l'allaitement maternel

⁵ <http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp20100317ObjectifsSP.pdf> (pages 114 à 131).

4. Réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles

- Dénutrition, Troubles du comportement alimentaire

Les objectifs nutritionnels de santé publique fixés par le Haut conseil de la santé publique, détaillés et quantifiés, sont repris dans les axes correspondants.

Pilotage du PNNS et du PO

PNNS et PO mobilisent pour l'atteinte des objectifs fixés les compétences et ressources d'autres secteurs, plans et programmes mis en œuvre sous le pilotage de plusieurs ministères, notamment le ministère chargé de l'alimentation (Programme national pour l'alimentation), mais aussi le ministère de l'éducation nationale (Programme éducation santé 2011-2015), le ministère chargé de la consommation, le ministère des sports, le ministère de la cohésion sociale ou encore le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.

La coordination du PNNS et du PO est assurée par une mission d'appui interministériel au ministère chargé de la santé, pour une gouvernance globale nécessaire à la cohérence et l'efficacité des actions menées pour atteindre les objectifs fixés.

Le lien est assuré avec les autres programmes de santé publique mis en œuvre par le ministère chargé de la santé comme le plan cancer, le plan pour l'amélioration des conditions de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, le plan santé des jeunes ou le plan national santé environnement.

Le suivi de la mise en œuvre du PNNS et du PO est assuré par leurs présidents respectifs et associé au sein d'un comité, les ministères, agences, organismes contributeurs au PNNS ainsi que la société civile et des personnalités du monde scientifique. Un bilan régulier de la mise en œuvre et de l'orientation des actions prévues est élaboré ainsi que l'articulation des divers plans liés au PNNS. L'état d'avancement des actions relevant de la responsabilité de divers ministères, agences ou organismes est régulièrement présenté devant ce comité.

Au niveau national, le PNNS :

- assure la coordination, la cohérence et le suivi de la mise en œuvre des interventions ;
- fournit les supports scientifiques indispensables à la mise en place des actions ;
- propose des mécanismes incitatifs pour l'implication des multiples acteurs institutionnels, associatifs et privés dont les actions contribuent à l'atteinte des objectifs fixés ;
- informe et valorise l'action des acteurs.

Au niveau régional :

- les agences régionales de santé mettent en œuvre les actions de santé publique définies dans le cadre du PNNS, en lien avec l'ensemble des acteurs concernés. À ce titre, elles mettent notamment en œuvre les actions contribuant à la réduction des inégalités sociales de santé relevant du champ de la nutrition ;
- sous réserve des compétences de l'ARS, le préfet de région coordonne l'action des services territoriaux de l'État intervenant dans la mise en œuvre du PNNS. Il veille, notamment, à la cohérence des actions conduites au sein des comités régionaux pour l'alimentation (CRALIM) avec la déclinaison régionale du PNNS.

Le PNNS 2011-2015 : une élaboration fondée sur une large concertation

Le processus d'élaboration du PNNS 2011-2015 s'est appuyé sur l'expérience acquise par les nombreux professionnels et organismes partenaires du PNNS. Depuis 10 ans, ils ont contribué au développement de la réflexion sur la politique nutritionnelle et mis en œuvre des programmes et des actions en la matière, contribuant ainsi aux améliorations constatées dans la population au cours des dernières années.

Le comité d'élaboration du PNNS 2011-2015, placé sous la présidence du Pr Dominique Turck, était constitué de représentants des ministères impliqués dans la politique nutritionnelle, des agences sanitaires, des présidents du PNNS, le Pr Serge Hercberg et du PO, le Pr Arnaud Basdevant. Il s'est réuni à quatre reprises entre les mois de juillet et novembre 2010 pour analyser l'ensemble des propositions émergeant d'une très large consultation organisée entre les mois de juin et novembre 2010. Ceci a permis l'émergence des orientations, axes et actions majeures retenus pour le PNNS 2011-2015.

La consultation a été faite auprès :

- du comité de pilotage du PNNS2, au cours des séances de juillet, septembre et octobre 2010. Il a fait remonter des propositions émanant des différentes structures et experts participant au comité ;
- de la Société française de santé publique (SFSP) qui, à la demande de la DGS, a invité, via son site Internet, les professionnels et les acteurs de terrain à faire des propositions s'appuyant sur leur expérience. Un document synthétique de cette consultation a été produit ;
- la SFSP a coordonné la réflexion de 31 sociétés savantes réunissant les experts des multiples disciplines intervenant dans le champ de la nutrition⁶. Ce travail formalisé lors d'un séminaire de deux jours en septembre 2010 a conduit à un document de propositions argumentées sur le plan scientifique (<http://www.sfsp.fr/publications/file/RapportfinalpropositionsPNNS5-11-010.pdf>) ;
- des agences sanitaires et de l'agence nationale de la recherche, du réseau français des villes santé de l'OMS et des Écomaires ;
- de la caisse nationale d'assurance vieillesse, la caisse nationale d'allocations familiales et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie étant sollicitées ;
- de pilotes des plans de santé publique ayant une composante nutrition ;
- de la conférence nationale de santé, devant laquelle une présentation du projet a été faite en novembre 2010.

⁶ 1. Association des chercheurs en activités physiques et sportives (ACAPS), 2. Association des éducateurs médico-sportifs (ADEMS), 3. ANCREC, coordination des réseaux diabète, 4. Association des épidémiologistes de terrain (EPITER), 5. Association des médecins Inspecteurs de santé publique (AMISP), 6. Association française d'études et de recherches sur l'obésité (AFERO), 7. Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA), 8. Association française des diététiciens nutritionnistes (AFDN), 9. Association française des épidémiologistes de langue française (ADELF), 10. Association francophone en activités physiques adaptées (AFAPA), 11. Association francophone pour la recherche sur les activités physiques et sportives (AFRAPS), 12. Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), 13. Association pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie (APDP), 14. Collège des enseignants de nutrition (CEN), 15. Collège national des cardiologues français (CNCF), 16. Collège universitaire des enseignants en santé publique (CUESP), 17. Coordination nationale des réseaux de prévention et prise en charge de l'obésité pédiatrique (CNRéPPOP), 18. Fédération française de cardiologie (FFC), 19. Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (FNES), 20. Ligue nationale de lutte contre le cancer, 21. Nouvelle société française d'athérosclérose (NSFA), 22. Société française de cardiologie (SFC), 23. Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG), 24. Société française de nutrition (SFN), 25. Société française de pédiatrie (SFP), 26. Société française de santé publique (SFSP), 27. Société française des professionnels en activités physiques adaptées (SFP-APA), 28. Société française de recherche et de médecine du sommeil (SFRMS), 29. Société française sport et santé (SF2S), 30. Société francophone du diabète (SFD), 31. Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNEP).

Lors d'un colloque réunissant 400 professionnels tenu le 15 novembre 2010 à Paris, les orientations majeures issues de ce processus de concertation ont été présentées selon six axes (communication, information, éducation (stratégies et outils) ; amélioration de l'offre alimentaire et de l'environnement physique ; territorialisation, mutualisation, collectivités territoriales ; dépistage, prise en charge, établissements de santé et médico-sociaux (obésité et dénutrition) ; surveillance, évaluation, recherche ; formation des professionnels). D'autres propositions ont également été recueillies au cours de ce colloque ainsi que dans les jours qui ont suivi.

Les propositions émanant de ce processus ont alors fait l'objet d'arbitrages des pouvoirs publics, conduisant aux axes, mesures et actions retenues pour le PNNS 2011-2015 et présentés ci-après.

Les principes généraux du PNNS

1. Le mot « nutrition » doit être compris comme englobant les questions relatives à l'alimentation (nutriments, aliments, déterminants sociaux, culturels, économiques, sensoriels et cognitifs des comportements alimentaires) et à l'activité physique.
2. Le PNNS prend en compte les dimensions biologique, symbolique et sociale de l'acte alimentaire et de l'activité physique.
3. Les orientations développées, les messages promus dans le cadre du PNNS reposent sur une expertise scientifique organisée par les pouvoirs publics.
4. Les actions mises en œuvre par le PNNS ont comme finalité de promouvoir, dans l'alimentation et le mode de vie, les facteurs de protection de la santé et de réduire l'exposition aux facteurs de risque de maladies chroniques. Toutes ces interventions intègrent dans leur conception et leur développement la question des inégalités sociales de santé.
5. Le PNNS privilégie la cohérence, la complémentarité et la synergie des différentes mesures, actions et réglementations pour tendre vers les objectifs fixés. Les mesures d'incitations adaptées aux différents types d'acteurs sont privilégiées. Des mesures réglementaires peuvent être mises en place si nécessaire pour lutter efficacement contre les inégalités sociales de santé en matière nutritionnelle.
6. Les stratégies et actions, mises en place et coordonnées dans le cadre des plans d'intervention développés par les pouvoirs publics qui ont un impact sur l'état nutritionnel de la population doivent être cohérentes, sans contradiction, ni explicite ni par omission.
7. Les repères nutritionnels du PNNS visent à promouvoir une alimentation et une activité physique favorables à un état nutritionnel et un état de santé optimaux. Aucun des messages du PNNS ne proscrie la consommation d'un quelconque aliment ou boisson mis sur le marché. Les repères nutritionnels conduisent, dans un objectif de santé, à promouvoir certaines catégories d'aliments et boissons, ainsi qu'à recommander la limitation d'autres catégories.
8. Les conditions de vie mais également l'environnement alimentaire et physique conditionnent fortement les comportements. Le PNNS doit contribuer à créer un environnement nutritionnel global, facilitant un choix positif pour la santé des consommateurs.

9. Le PNNS promeut et organise le dialogue avec les partenaires du programme au niveau national, régional et local.
10. L'apposition du logo du PNNS sur des documents, outils, supports de communication ou descriptifs d'action, dans le cadre prévu par la réglementation, est le garant de leur validité au regard des objectifs du PNNS.
11. Toute stigmatisation des personnes fondée sur un comportement alimentaire ou un état nutritionnel particulier est bannie par le PNNS.
12. Le PNNS intègre l'évaluation régulière de ses objectifs chiffrés, et autant que possible, des actions ou mesures qu'il met en œuvre (indicateurs d'efficacité ou évaluation des processus).

Leviers stratégiques

Les actions du PNNS permettant l'atteinte des objectifs fixés par le HCSP sont définies dans deux champs thématiques (l'alimentation et l'activité physique) selon cinq leviers stratégiques :

- l'information, la communication et l'éducation pour orienter les comportements alimentaires et l'activité physique pour tous ;
- l'amélioration de l'environnement alimentaire et de l'environnement physique pour faciliter la mise en œuvre de comportements favorables pour la santé pour tous ;
- l'organisation du système de dépistage et de prise en charge des troubles nutritionnels ;
- la formation des professionnels dont l'activité influence l'alimentation et l'activité physique de la population ;
- la surveillance et l'évaluation pour assurer le pilotage opérationnel du programme.

AXE 2 → Développer l'activité physique et sportive (APS) et limiter la sédentarité

Les mesures prévues dans cet axe ont pour finalité de permettre l'atteinte des objectifs nutritionnels et des objectifs relatifs aux maladies cardio-vasculaires et métaboliques fixés par le **Haut conseil de santé publique** qui sont indiqués ci-dessous (avril 2010).

Objectifs nutritionnels

Objectif général 2 • Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges

• **Sous objectif général 2-1 : augmenter l'activité physique chez les adultes**

OS 2-1-1 : augmenter chez les adultes, en 5 ans, la proportion de personnes située dans la classe d'activité physique* :

- « élevée » de 20 % au moins chez les hommes et de 25 % au moins chez les femmes ;
- « moyenne » de 20 % au moins.

* : selon le questionnaire IPAQ (International Physical Activity Questionnaire)

• **Sous objectif général 2-2 : augmenter l'activité physique et lutter contre la sédentarité chez les enfants et les adolescents**

OS 2-2-1 : atteindre, en 5 ans, au moins 50 % d'enfants et adolescents de 3 à 17 ans ayant une activité physique d'intensité élevée trois fois par semaine pendant au moins une heure.

OS 2-2-2 : diminuer de 10 % au moins, en 5 ans, le temps moyen journalier passé par les enfants et les adolescents de 3 à 17 ans devant un écran.

Objectif général 1 • Réduire l'obésité et le surpoids dans la population

• **Sous-objectif général 1-1 : stabiliser la prévalence de l'obésité et réduire le surpoids chez les adultes**

OS 1-1-1 : stabiliser, en 5 ans, la prévalence de l'obésité chez les adultes.

OS 1-1-2 : réduire, de 10 % au moins, en 5 ans, la prévalence du surpoids chez les adultes.

OS 1-1-3 : stabiliser, en 5 ans, chez les femmes en situation de pauvreté, la prévalence de l'obésité.

OS 1-1-4 : diminuer de 15 % au moins, en 5 ans, la prévalence de l'obésité morbide.

• **Sous-objectif général 1-2 : diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants et les adolescents**

OS 1-2-1 : diminuer en 5 ans, de 15 % en moyenne, chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans, la prévalence globale de surpoids et d'obésité.

OS 1.2.2 : diminuer en 5 ans, de 15 % au moins, chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans issus de milieux défavorisés, la prévalence de surpoids et d'obésité.

Objectifs relatifs aux maladies cardio-vasculaires et métaboliques

Objectif général 2 • Diminuer l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle

OS 2-1 : réduire de 5 %, dans la population adulte, la cholestérolémie moyenne (LDL-cholestérol) en 5 ans.

OS 2-2 : augmenter en 5 ans la proportion de patients atteints d'hypercholestérolémie traités et équilibrés.

OS 2-3 : augmenter en 5 ans la proportion de patients atteints d'hypertension artérielle, traités et équilibrés.

Dans une société qui incite à une plus grande sédentarité, l'expertise collective de l'INSERM sur l'activité physique et le rapport du Professeur Toussaint *Retrouver sa liberté de mouvement*, de 2008, ont montré que la composante « bouger » de la nutrition est essentielle pour l'équilibre énergétique à tous les âges de la vie. Porteuse de valeurs sociales et éducatives, l'activité physique a un effet bénéfique sur la santé, qu'elle soit pratiquée dans les déplacements et les activités de la vie quotidienne, ou encadrée dans un club sportif. Elle est aussi un adjuvant thérapeutique auprès des patients en parcours de soins. Dans cet esprit, un grand nombre d'initiatives ont déjà été développées pour inciter la mise en pratique du repère du PNNS « Au moins 30 minutes d'activité physique par jour ». Cependant, il est nécessaire de renforcer la politique de promotion et d'éducation à la santé par les actions dans ce domaine pour tenir compte des objectifs fixés par le HCSP.

Deux niveaux d'activités physiques et sportives (APS) doivent être développés :

- l'activité physique au quotidien pour tous, durant les temps de trajets, de loisirs et de travail, complétée par une activité physique encadrée régulière ;
- l'activité physique adaptée pour les personnes particulièrement vulnérables, qu'il s'agisse de populations défavorisées, en situation de handicap, de personnes atteintes de maladies chroniques, ou de personnes âgées.