Version finale

Rapport de l'étude sur les stratégies mises en place par les Villes-Santé dans le domaine de la nutrition

Septembre 2012

Sébastien Grimaud, Zoë Heritage et Marie De Bie, Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS

Sommaire

Introduction 2

I - Connaître les habitudes nutritionnelles pour créer une politique adaptée 4

I.a) Informations existantes sur la population 4

I.b) Informations accessibles et exploitables 6

II - Organiser la prise en charge locale 7

II.a) Intégration de la réalité socio-culturelle du territoire par les mairies 8

II.b) Formation des agents territoriaux 10

III - Formaliser pour pérenniser l'action 12

Normalisation de la place de la nutrition dans la politique de santé publique locale

Conclusion 15

Bibliographie 16

Annexes

Annexe 1 : Méthodologie de l'étude menée II

Annexe 2 : Questionnaire IV

Annexe 3 : Quelques concepts de la Nutrition et de la mise en place d'une politique nutritionnelle ... VI

Annexe 4 : Focus : Catégories des Résultats IX

Salon-de-Provence

Strasbourg

Annexe 5 : Liste des Sigles utilisés XII

Introduction

Depuis une quinzaine d'années, la nutrition est devenue une thématique centrale au sein de la politique de santé publique. De nombreuses études ont démontré dès la fin des années 1980 une augmentation progressive du surpoids et de l'obésité dans la population française. Les études comparatives, au niveau international, constataient que les courbes d'évolution françaises se rapprochaient de celles du territoire américain, avec un décalage de 10 à 15 ans[1] [2] [3]. Si les évolutions plus récentes tendent à montrer un ralentissement de cette "épidémie" de surcharge pondérale, on notera tout de même sa gravité, avec approximativement une personne sur deux en situation de surpoids, et une personne sur six en situation d'obésité[4]. Les problèmes nutritionnels ne se limitent pas au cas de la surcharge pondérale. Il existe aussi des situations de dénutrition, de problèmes cardio-vasculaires, de diabète, notamment chez les personnes âgées, et des situations de carences en vitamines dans l'ensemble de la population.

La nutrition est un thème à double facette : l'alimentation et l'activité physique. L'alimentation s'entend comme l'intégralité des apports nutritionnels d'un individu. Outre le trop important apport en calories de manière générale, les bilans menés montrent un apport trop important de lipides et de protéines, avec en conséquence un faible apport venant des glucides, aggravé par une surreprésentation des sucres rapides[5].

L'activité physique est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « toute force exercée par les muscles squelettiques qui entraîne une dépense d'énergie supérieure à celle du niveau repos ». Le niveau d'activité physique reste faible dans la population française[6]. La recommandation de dépasser les 30 minutes/jour ne serait atteinte que par 44% de la population. Les scientifiques s'accordent sur les bénéfices de l'activité physique. Cette dernière intègre le sport, les activités quotidiennes douces comme le jardinage, les travaux ménagers, ainsi que les mobilités actives (marche, vélo, etc.).

L'environnement psychologique, social et économique de l'individu a aussi un impact sur ses apports nutritionnels. Les déséquilibres alimentaires sont fortement dépendants des types de populations, et les quartiers pauvres sont bien plus impactés. L'accès à une alimentation saine doit donc être une priorité. La solitude a également un impact sur la santé mentale avec des conséquences sur la nutrition comme la perte de repères au niveau des prises alimentaires. Le phénomène de la solitude est en augmentation, notamment chez les jeunes[7], et reste très fréquent chez les personnes âgées. L'activité physique est elle aussi fortement dépendante du contexte social, psychologique et économique de l'individu. Les foyers les plus riches et/ou comptant le plus de membres sont ainsi les plus nombreux à pratiquer un sport. A l'inverse, les populations les plus pauvres, les personnes isolées et les femmes sont les plus sédentaires.

Une politique en constante évolution

Le gouvernement et les collectivités ont mis en place un certain nombre de dispositions visant tant à promouvoir l'activité physique qu'un bon équilibre alimentaire. Le Plan National Nutrition Santé (PNNS) [8] est un document de synthèse des objectifs fixés par le gouvernement pour améliorer les indicateurs nutritionnels au niveau de la population. Principalement créé et actionné par le Ministère de la Santé, il concerne aussi les ministères de l'Education, de l'Action Sociale, des Transports ou de l'Agriculture, ainsi que les collectivités territoriales via des chartes d'engagement. Le PNNS s'est progressivement enrichi, et la troisième version fixe les objectifs pour la période 2011-2015 avec 4 objectifs principaux :

– réduire l'obésité et le surpoids ;
– augmenter l'activité physique ;
– améliorer les pratiques et apports nutritionnels ;
– réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles.

Le PNNS et le Plan Obésité[9] (PO) s'articulent avec d'autres plans dans le cadre d'un travail interministériel, qui s'intéressent aux questions nutritionnelles de manière indirecte, notamment le Plan National

Alimentation mené par le Ministère de l'Agriculture, le Plan National Santé Environnement, le Plan National Vélo[10], ainsi que le Plan National d'Education pour la Santé de 2001[11] dont l'objectif initial est de lutter contre les lacunes en information, y compris sur la nutrition.

Dans tous ces documents, les priorités définies vont cibler des catégories de populations très touchées par ces problèmes, ou pour qui la surveillance est très importante : les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées sont ciblés en priorité. De même, les populations les moins instruites et les plus pauvres, aux premiers rangs desquels figurent les populations précaires des quartiers sensibles, sont ciblés en priorité.

Les communes ont la responsabilité et la compétence des écoles maternelles et primaires et peuvent aussi être très impliquées dans les crèches et les maisons de retraites. Étant les acteurs de l'élaboration et de la mise en place des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS), les communes sont aussi en première ligne pour l'élaboration des politiques dans les quartiers prioritaires. Un outil créé en ce sens est l'Atelier Santé Ville (ASV). L'objectif d'un ASV est de réduire les inégalités de santé par un diagnostic fin des problèmes, et de faciliter ensuite la mise en place d'actions adaptées.

Plusieurs évolutions récentes ont permis de compléter et d'améliorer la politique d'action nutritionnelle notamment avec la mise en place des Plans Locaux de Santé (PLS). Le PLS est un projet stratégique sur 4 axes : l'observation et la veille sanitaire sur le territoire, la prévention l'éducation et la promotion de la santé, l'accès aux soins, ainsi que le lien entre les thématiques médicales et sociales.[12] Dernier élément contractuel mis en place récemment, les Contrats Locaux de Santé proposent de mettre en place un partenariat entre les collectivités, la Préfecture et les Agences Régionales de Santé (ARS).

L'étude menée s'est appuyée sur un panel de 10 membres du Réseau Français des Villes Santé de l'OMS, ayant accepté de répondre à un entretien téléphonique portant sur leurs stratégies d'action en nutrition au sein de leurs territoires respectifs. La liste de ces villes et le détail de la méthodologie utilisée se trouvent en annexe.

D'une manière générale, on peut considérer que les politiques menées par ces villes dans le domaine nutritionnel suivent une logique qui se décline en trois étapes : connaissance du territoire, organisation de la mise en œuvre de l'action, et formalisation et pérennisation de l'action.

I - Connaître les habitudes nutritionnelles pour créer une politique adaptée

Il existe de nombreuses études nationales voire internationales permettant d'accumuler des informations sur l'état nutritionnel de la population. Cependant, une connaissance localisée et spécifique du territoire par la commune permet de cibler plus efficacement ses besoins et ses évolutions. Tous les territoires ne sont pas impactés de la même manière par les problématiques nutritionnelles. Les variations peuvent être très importantes. Elles viennent notamment des aspects culturels spécifiques d'une population ou d'un quartier, de l'implantation ou non de différents commerces, ou encore d'un environnement favorable aux mobilités actives.

I.a) Informations existantes sur la population

Dans le domaine nutritionnel, un indicateur simplifié se révèle particulièrement utilisé : l'Indice de Masse Corporelle (IMC). Si cet indicateur comporte certaines limites[13], il a l'avantage d'être communément accepté pour identifier le nombre de personnes en situation de surpoids ou d'obésité. La simplicité de cet indicateur (IMC = poids / taille²) permet de créer une surveillance accrue et systématique (voir annexe).

Aussi, 7 villes sur 10 ont affirmé avoir mis en place une méthode de diagnostic du surpoids et de l'obésité via cet indice IMC. Il s'agit à chaque fois de dépistage organisé dans les écoles maternelles et primaires de la ville, utilisant les tables spécifique de l'IMC pour l'enfance. Cette méthodologie offre l'avantage de la périodicité de l'enquête, au travers de dépistages réguliers organisés dans les écoles. Dans des cas plus rares et souvent plus épisodiques, les villes réutilisent ce système pour dépister les populations adultes et précaires. Saint Paul de la Réunion, au travers de sa Karavan-Santé, offre un cadre de travail plus systématique. Quatre villes utilisent l'IMC de manière pédagogique au travers de journées de découverte et de sensibilisation, comme par exemple Montpellier (cf. encadré).

En ciblant des catégories de populations très sensibles aux questions nutritionnelles, les villes peuvent ainsi aller en profondeur dans l'acquisition de données qualitatives comme celles des habitudes alimentaires. Notons que certaines études nationales (Nutrinet[14], INCA2[15]) fournissent déjà quelques données de ce type.

D'autres études quantitatives peuvent être menées par les villes afin de définir au mieux les problèmes des populations locales, comme par exemple la mise en place de sondages sur les habitudes alimentaires des habitants menés sur les marchés maraîchers. Une des difficultés de la création en interne de ces moyens de diagnostic réside dans la capacité de la commune à financer son propre observatoire. Cependant, les services municipaux peuvent être impliqués par exemple via la médecine scolaire, si la compétence est conservée par la commune. A Nantes, l'Observatoire Local de Santé est ainsi alimenté par le service de santé scolaire, et par le travail mené dans les quartiers prioritaires au travers des Ateliers Santé Ville.

Les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS), et d'autres acteurs peuvent fournir un nombre considérable de données sur le territoire (6 villes sur les 10 interviewées ont un partenariat formalisé ou ont demandé un diagnostic aux ORS). Le rôle des ORS est de produire des études localisées sur l'état de santé de la population pour obtenir d'elles le diagnostic détaillé d'un territoire[16]. Mais ces prestations sont payantes. A Toulouse, par exemple, la mairie a mis en place un partenariat particulièrement important avec le REPPOP Midi-Pyrénée. Le positionnement de ce réseau lui permet d'être parmi les premiers à recouper les informations dans le domaine de l'obésité infantile.

Montpellier : Impliquer parents et enfants dans le dépistage de l'obésité

Montpellier a décidé de mettre en place une campagne de dépistage systématique de l'obésité des enfants. Cette campagne se déroule sous le format d'une demi-journée consacrée à la santé-nutrition « Bien dans mon assiette, à l'aise dans mes baskets ! ». Celle-ci se déroule chaque mois et est organisée par les professionnels de santé travaillant pour le Pôle de Santé Publique du SCHS de la ville.
Les familles sont invitées à participer à des ateliers centrés sur la découverte des questions de nutrition: activités relatives à l'alimentation et sensibilisation aux activités physiques. Les familles participent ainsi à différents jeux au cours desquels l'IMC de l'enfant sera mesuré. L'objectif est, au-delà de la sensibilisation à l'équilibre nutritionnel, d'amener les parents et les enfants à prendre conscience des problèmes de surpoids et d'obésité en leur remettant la courbe de corpulence de l'enfant.

Si la situation de l'enfant l'impose, la mairie profitera donc de cette occasion pour sensibiliser plus particulièrement les parents vis à vis de la nutrition, et leurs distribue des plaquettes informatives de sensibilisation. Ainsi la mairie dépasse le simple cadre de l'agrégation d'informations concernant le surpoids et l'obésité dans la population pour l'associer à une action concrète de sensibilisation en parallèle.

Rennes : Agir dès le plus jeune âge

Rennes inscrit son action en matière de nutrition auprès des enfants dans le cadre partenarial du Plan éducatif local, qui garantit la cohérence des actions menées en faveur de l'enfance et de la jeunesse sur le territoire rennais. Elle appuie son action en faveur de la nutrition sur les objectifs fixés dans le cadre de son Plan Local de Santé et de sa fiche "agir pour la santé dès le plus jeune âge." Le Plan Alimentation Enfance constitué en 2010 décline de façon opérationnelle ces objectifs. Cette approche ciblée place les enfants au cœur du dispositif de la mairie pour connaitre et agir au plus tôt sur les déterminants de santé.

Les habitudes nutritionnelles étant pour une large part acquises lors de l'enfance, la mairie profite de son positionnement naturel dans la prise en charge de l'enfance pour œuvrer en faveur de l'acquisition d'habitudes favorables à la santé et d'un environnement qui permettent à chacun de développer ses capacités. Ce souhait s'est appuyé sur un travail transversal des services de la Mairie piloté par le service santé enfance de la Direction santé publique handicap. Il s'est agi de partager les constats, identifier les champs d'action et mettre en œuvre un plan d'action qui concerne les services en charge de l'enfance mais aussi ceux en charge de la restauration collective et de l'approvisionnement.
Les actions afin de promouvoir de bonnes pratiques en matière d'alimentation dès le plus jeune âge s'appuient sur 3 leviers:

- Proposer une offre alimentaire saine et de qualité dans les établissements et services gérés par la Ville de Rennes (crèches, écoles, accueils de loisirs)
- Former, accompagner et mettre à disposition des outils pour les professionnels qui accompagnent les enfants autour des questions nutritionnelles
- Sensibiliser les enfants, leurs parents et proposer des actions pédagogiques autour de l'équilibre nutritionnel et de l'alimentation plaisir.

Rennes dispose par ailleurs d'un axe de travail du Plan Local de santé sur bien manger/bien bouger, qui concerne tous les âges.
Les échanges actuels avec l'Agence Régionale de Santé autour du Contrat Local de Santé conduisent d'ores et déjà la Ville à identifier une action autour du travail partenarial engagé avec l'éducation nationale, afin de faciliter le développement et la mutualisation des projets conduits par les enseignants en maternelle et primaire autour de l'alimentation.

I.b) Informations accessibles et exploitables

La synthèse et le partage des données récoltées sur le terrain est l'étape finale de l'établissement du diagnostic territorial de santé. Ce dernier servira de préambule à toute action menée sur le territoire de la commune. Il s'avère important de re-contextualiser ces données avec les actions et les stratégies déjà présentes sur le territoire, ainsi qu'avec celles qui découleront de ce diagnostic. L'objectif est idéalement de mettre en évidence l'évolution de la santé de la population.

La plupart du temps le diagnostic nutritionnel est intégré dans le plan local de santé de la ville[17]. Ainsi, il est présent en tant qu'annexe dans le plan municipal de santé de Toulouse[18], ou directement intégré dans les différents chapitres du Document de Diagnostic et d'Orientation Communautaire de la communauté urbaine de Strasbourg (voir encadré). Dans le cas de Marseille, le bilan sanitaire de la ville, qui sert de base au Contrat Local de Santé, est un document autonome fourni directement par l'ORS[19].

Un diagnostic permet ainsi de faciliter la création d'innovations locales en matière de nutrition. Ainsi, la ville de Salon-de-Provence a mis en place un nouveau système tarifaire au niveau de la restauration scolaire, en s'appuyant sur les données de la Caisse d'Allocation Familiale.

Strasbourg : Document de Diagnostic et d'Orientations Communautaires[20]

Le Document de Diagnostic et d'Orientations Communautaires (DDOC) constitue le fruit d'un travail remarquable de la Communauté Urbaine de Strasbourg (CUS), qui a concrétisé la première étape de mise en œuvre du plan santé, et aidé à élaborer le Contrat Local de Santé et à le négocier. Ce projet a trouvé son origine en 2008, la CUS ayant alors besoin de réaliser un travail d'état des lieux et d'analyse partagée sur son territoire afin de remettre à plat l'intégralité de sa politique sanitaire. C'est un document de 172 pages effectuant le bilan quantitatif, qualitatif et cartographique de la santé au sein de la CUS. Il a permis de prendre en compte les besoins des habitants, ainsi que l'offre des acteurs publics locaux. Ce document est à la fois un bilan sanitaire de la CUS et un document de stratégie à long terme en matière de santé.

Allant bien au-delà du diagnostic territorial, ce document est l'aboutissement du recensement de toutes les informations locales en santé et des stratégies mises en place. Généraliste, il intègre largement la thématique de la nutrition. Dans son deuxième chapitre, il recense notamment les observations et les expériences privilégiées par les communes, et constate que le champ d'actions de l'alimentation est investi par toutes les communes de la CUS. Un tiers de ces dernières souhaitent développer des actions de prévention, d'information et d'éducation nutritionnelle, qui pourraient bénéficier de la politique santé dans la CUS. Afin de faire évoluer le cadre urbain et les modes de vie en faveur de la santé, la promotion de l'équilibre alimentaire constitue un objectif stratégique à part entière, accompagné de plusieurs perspectives d'actions, comme l'adaptation de l'offre alimentaire aux recommandations nutritionnelles.

Le DDOC est disponible en téléchargement sur le site de Strasbourg :
http://media.strasbourg.eu/alfresco/d/a/workspace/SpacesStore/c5a3f789-6300-4d5c-9039-aae83cea068b/politique-sante-document-diagnostic.pdf

II - Organiser la prise en charge locale

Une ville est un territoire complexe. En conséquence, un grand nombre d'acteurs y agissent de manière autonome: associations, secteur privé, autres collectivités ou établissements publics. Recenser et encadrer les pratiques de ces acteurs permet d'assurer la cohérence des actions du territoire.

Les associations caritatives sont présentes sur les territoires, et sont parfois organisées en réseaux cohérents (par exemple, la Fraternité Salonnaise à Salon-de-Provence, regroupant 14 associations). Elles ont un lien avec l'action en nutrition par le biais de l'aide alimentaire qu'elles pourvoient. Les Villes peuvent les aider de manière financière, mais parfois aussi de manière plus directe (à Salon-de- Provence par exemple, les surplus de la restauration collective leurs sont redistribués). Les municipalités ont cependant parfois des difficultés à connaitre toutes les actions menées localement. C'est le cas par exemple de la signalétique piétonne à Nantes, qui est à l'origine une expérimentation menée par l'INPES, sans concertation avec la mairie. La prise en compte des temps de parcours a depuis été reprise par la ville, et l'implantation de la signalétique est en cours d'étude.

Les approches stratégiques des villes elles-mêmes en matière de nutrition varient considérablement, mais toutes les villes du panel conduisent des actions dans les écoles maternelles et primaires. Outre les enfants, les villes profitent des spécificités culturelles, de leur service de restauration collective, et forment massivement leurs agents. Nantes a développé un double maillage territorial et populationnel (voir encadré) alors que Toulouse se concentre sur l'appui technique à un secteur déjà très autonome. Enfin, dans toutes les villes interviewées, le service des sports est également sollicité pour promouvoir l'activité physique. Par exemple, Montpellier dispose d'un important dispositif centré sur les mobilités actives, avec des éducateurs sportifs intervenant dans tous les secteurs.

Concernant l'utilisation du vélo, 9 sur les 10 villes du panel ont mis en place ou sont sur le point de mettre en place (Saint-Paul) un système de vélos en libre-service. Il s'agit du système JC Decaux le plus souvent. Plusieurs villes (Marseille, Toulouse, Chalon-sur-Saône) ont indiqué que l'acquisition de ces systèmes a pour origine une priorité de transport et non de santé. Strasbourg a insisté sur l'intégration du thème de la santé dans sa politique liée au vélo. Le Plan National Vélo, coordonné par le Ministère des Transports en janvier 2012, cherche à soutenir et à développer la circulation à vélo[21].

Si on constate un accès privilégié aux populations des écoles maternelles et primaires, notamment facilité par la compétence santé scolaire qui est conservée par certaines villes comme Strasbourg et Nantes, les populations âgées sont aussi intégrées dans les politiques locales. Sept villes ont décrit leur implication en matière de nutrition auprès des populations âgées, qui se traduit soit au travers des maisons de retraite gérées par la ville, soit au travers de l'accueil de jour, ou soit encore par le biais du portage de repas à domicile pour les personnes isolées dépendantes, comme à Saint-Paul. A Salon-de-Provence, existe également une initiative d'accès aux populations isolées en milieu rural par le biais du service de restauration collective qui a développé un service de portage à domicile des repas. De plus, créer du lien social est un bénéfice indirect fortement recherché par les communes. En revanche, les villes du panel n'ont pu mettre en place des actions durables dans les collèges et lycées. Seuls quelques cas isolés de coopérations avec ces établissements existent, à noter que les collèges et lycées relèvent de la compétence des Conseils Généraux (collèges) et Régionaux (lycées).

En dehors de l'approche populationnelle, l'approche territoriale est également utilisée. Cette dernière s'appuie souvent sur les Ateliers Santé Ville, notamment pour cibler les populations précaires des quartiers prioritaires.

L'action intersectorielle se développe dans les mairies. Les services de la santé, de l'enfance, des sports et des personnes âgées ont souvent l'habitude de travailler ensemble (7 sur 10 villes), alors que les transports sont très souvent à part, car déplacés au sein de l'intercommunalité.

Un problème est particulièrement observé par quelques villes : celui des moyens financiers disponibles pour gérer une politique nutritionnelle. Certaines villes, comme Nancy, font valoir que le lobbying permet de contourner ce problème en "dépensant autrement" l'argent de la mairie. Par exemple, le lobbying auprès des constructeurs des bâtiments et travaux publics (BTP) pour promouvoir les déplacements actifs dans un bâtiment, pour les projets de rénovation urbaine déjà financés.

Par ailleurs, les problèmes budgétaires impactent également les partenaires des mairies : Strasbourg et Nantes ont ainsi évoqué le cas d'associations travaillant régulièrement avec les mairies sur le thème de la nutrition-santé, et dont les subventions reçues de l'état étaient en baisse. Ceci a imposé soit une baisse de puissance de l'action de ces associations, soit une compensation par la collectivité de leurs déficits budgétaires.

Toulouse : Une multitude d'acteurs

Le pilotage local de la santé à Toulouse a été restructuré, y compris pour les questions nutritionnelles, en 2008. Plutôt que de tenter de faire un inventaire quantitatif des actions menées dans la ville, la municipalité a donc préféré établir un bilan qualitatif des actions qui, adossé à un diagnostic territorial, a permis la mise en place d'un Plan Municipal de Santé début 2010.

Un grand nombre d'acteurs internes et externes à la mairie (dans les domaines culturel, sportif, éducatif, etc.) ont développé des actions nutritionnelles. Cette multitude d'acteurs est un particularisme que la mairie a décidé de faire perdurer en se positionnant non comme l'organisateur, mais comme un expert technique aidant ces acteurs volontaires à mettre en place des actions pertinentes et efficientes.

En conséquence, la ville de Toulouse cherche à agir en tant qu'agent de soutien technique aux projets des acteurs, mais sans s'imposer vis à vis de ces démarches. Le service anime donc un réseau d'agents formés à la démarche de l'éducation pour la santé, sur la base des formations de l'Institut Régional d'Education et de Prévention de la Santé (IREPS). Si la formation de ces animateurs est transversale, elle reste majoritairement axée sur la démarche en nutrition, et est basée sur la démarche du PNNS.

II.a) Intégration de la réalité socio-culturelle du territoire par les mairies

Une politique efficace en nutrition doit s'appuyer non seulement sur des éléments thématiques, mais aussi sur des populations ciblées. Qu'il s'agisse du régime méditerranéen ou du régime créole, la culture est le levier le plus fédérateur d'une politique locale. C'est particulièrement valable pour la nutrition puisque l'alimentation et l'activité physique s'imprègnent directement des traditions du territoire.

Au-delà du cas de Saint Paul, qui sera développé dans un encadré, toutes les villes ont évoqué d'elles-mêmes le problème de la perte de repères nutritionnels dans la population: augmentation du grignotage, de la consommation de junkfood, perte de connaissances en cuisine traditionnelle, surreprésentation des produits trop sucrés/salés ou protéinés, etc. L'une des réponses systématiques à ce problème (pour toutes les villes du panel) est la création d'ateliers de cuisine, essentiellement à destination des populations précaires chez qui la perte de repères nutritionnels se double de difficultés financières. L'objectif de ces ateliers est principalement de trouver un moyen de manger à la fois équilibré et à moindre frais. Mais 3 villes ont observé que ces ateliers étaient aussi importants pour recréer du lien social et de la solidarité pour ces populations. Il a cependant été impossible de mesurer l'impact réel de ces ateliers (quels impacts sur l'entourage des personnes bénéficiaires, quelle proportion par rapport à la population concernée, etc.).

Les villes ont également toutes mis en place des moyens de découverte ou de redécouverte du goût en école maternelle et primaire. En parallèle, la ville de Chalon-sur-Saône a par exemple détecté à son échelle la forte prévalence de goûters hypercaloriques dans certains quartiers, et en a fait un objectif de lutte. D'autres villes ont appliqué des solutions plus radicales en interdisant, par le biais des projets éducatifs locaux, la présence de nourriture extérieure à l'école dans le sac des écoliers, voire ont pris des mesures pour limiter les possibilités d'approvisionnement des élèves ou des populations en général sur leurs territoires (c'est notamment

le cas à Saint Paul).

Toujours dans le domaine culturel, des villes profitent du volet activité physique pour promouvoir le sport: journées d'initiation, matériel mis à disposition, formation ou embauche de nombreux éducateurs sportifs pour animer les quartiers comme à Montpellier, etc.

Certaines villes, comme Nancy, ont proposé de faire redécouvrir l'activité physique simplement, non en tant que besoin de santé, mais en tant que jeu: l'explosion du temps passé devant les écrans, et parfois la dislocation de la cellule familiale, seraient la cause d'une relative insuffisance des jeux pratiqués entre amis et en famille. La ville a ainsi mis en place le programme "papa maman bougeons ensemble" dont le but est de faire redécouvrir aux familles les jeux de plein air les plus classiques («jouer au loup", "1, 2, 3, soleil", "ballon prisonnier", etc.). Toujours dans la même optique, plusieurs villes ont conservé ou réactivé le principe des jardins familiaux et du jardinage, soit en interne (Nancy), soit de manière autonome (à Toulouse, jardins liés au muséum d'histoire naturelle)

A Saint-Paul de la Réunion, le projet "Karavan-Santé" constitue une autre approche. Etant donné la désertification médicale et l'aspect très rural de la commune, ce véhicule a pour objectif de porter sur les territoires les plus éloignés les thématiques nutritionnelles ainsi que le dépistage, notamment du diabète ou de l'obésité. L'accompagnement social de la population est également intégré dans ce dispositif spécifique à la Réunion. Dans la plupart des autres communes, des maisons de santé "en dur" effectuent également ce type de mission.

Saint-Paul : Tradition contre "malbouffe"

De par son statut de territoire d'outre-mer, l'île de la Réunion dispose d'une histoire culturelle qui lui est propre et qui a été particulièrement bien conservée à travers le temps. De cette manière, la ville de Saint-Paul a décidé de s'appuyer sur cet aspect de la culture culinaire locale qui mélange les apports des cuisines indienne, malgache et française, pour l'établir en rempart contre les dérives des régimes alimentaires locaux. Il s'agit d'une politique transversale de promotion de la culture locale (ouvertement améliorée grâce à l'apport de la diététique moderne) afin de contrer les problèmes de "malbouffe".

Pour contrer les problèmes de nutrition au sein de la commune, la mairie de Saint Paul a décidé de profiter de l'histoire culturelle locale pour mettre en avant la culture culinaire traditionnelle. Cette volonté politique de mettre en avant les traditions culturelles comme barrière à la "malbouffe" va même plus loin, puisque la mairie a interdit l'installation sur son territoire de plusieurs enseignes habituelles de fastfood. Cette mise en avant de la culture locale passe également par le développement de plusieurs marchés maraîchers (4 marchés primeurs et/ou marchés producteurs supplémentaires ont été créés depuis 2008), dans le but d'aider à la mise à disposition des produits régionaux. Une autre action menée par la mairie est l'adoption de "la semaine créole", qui permet de promouvoir l'identité créole sur le plan culturel. Cette semaine donne l'occasion de promouvoir les produits locaux et le mode d'alimentation traditionnel.

Toutefois, cette tradition est alors améliorée : les avancées de la médecine dans le domaine de la nutrition ont permis de pointer les défauts de la cuisine traditionnelle. La mairie souhaite donc profiter de cette mise en avant pour promouvoir plus efficacement les fruits et légumes ainsi que les autres aliments faisant parfois défaut au régime historique. Dans la même démarche, le futur Agenda21 (qui est toujours en négociation) intègrera un important volet santé et nutrition, là encore par le biais de la préservation du patrimoine culturel local.

Nantes : Double entrée territoriale et thématique

Nantes intervient en matière de nutrition tant à l'échelle de la Ville qu'avec une entrée territoriale de proximité avec la mobilisation des réseaux locaux de santé qui réunissent acteurs du social, de l'éducatif, de l'insertion et du monde associatif sur cinq territoires prioritaires de la Ville. L'atelier santé ville mis en place à Nantes se décline en effet à la fois selon une entrée thématique (la nutrition est une des thématiques prioritaires) et selon une entrée territoriale avec les réseaux locaux de santé.

Ceci permet d'une part de conduire des actions adaptées au plus près des réalités de chacun des territoires (ateliers gourmands ou cuisiner malin...). D'autre part, en transversalité au sein de la Ville et avec les partenaires associatifs, le développement d'un réseau nutrition santé depuis la signature de la charte Ville active du PNNS, vise à développer une culture commune et des projets communs sur l'ensemble de la Ville (séminaire, semaine Fraich'attitude, diagnostic nutrition précarité..).

II.b) Formation des agents territoriaux

Pour mener une politique, il faut non seulement mettre en place une stratégie et des moyens, mais aussi prendre en compte le personnel. La formation de ce dernier est une priorité pour améliorer la prise en charge des habitants et répondre aux questions des acteurs locaux. Plusieurs villes ont fait part de leurs actions, ou de leur intention de former en masse leurs employés (Salon-de-Provence, Toulouse, Rennes, Nancy – voir encadré –). L'objectif est de former le personnel directement en contact avec la population afin qu'il puisse servir de relai. Le but à terme est de saisir la moindre occasion pour sensibiliser la population au sujet des questions de santé.

En parallèle, la formation technique des cadres supérieurs se développe également. Par exemple, lors de l'entretien avec Montpellier, un responsable était indisponible, participant justement à une formation de formateurs PNNS. De plus, à Montpellier, une convention tripartite entre la Ville, le Conseil Général de l'Hérault et le pôle prévention du Centre de Recherche et de Lutte contre le Cancer prévoit la mise en place du projet « école en santé ». Avec ce projet, les habitudes des enfants de 4-5 ans vis-à-vis de l'alimentation, de l'activité physique et du sommeil seront étudiées à la fois à l'école et à la maison. Les enseignants seront formés sur ces questions, tandis que la ville de Montpellier (via le SCHS et les restaurants scolaires) formera les agents municipaux qui interviennent sur les temps scolaires et péri scolaires. L'évaluation de l'impact de ces formations sera réalisée par le calcul de la corpulence des enfants, avant et après l'intervention.

Nancy : Formation globale des agents territoriaux en contact avec le public

Les villes, par certains de leurs services, sont en contact direct avec les habitants pour lesquels les questions nutritionnelles sont majeures et déterminantes :

- les enfants, parque c'est à ce moment de leur vie qu'ils acquièrent le capital santé aussi bien physique que comportemental qui déterminera en grande partie leur vie d'adulte,
- les personnes âgées parce que compte tenu de l'allongement de la durée de vie, c'est une période de la vie où les modes nutritionnels (alimentation et activité physique) sont essentiels dans l'aménagement de la question dépendance.

La ville de Nancy, forte de 15 structures d'accueil qui accueillent plus de 1200 enfants de 2 mois à 6 ans, de ses 49 écoles maternelles et primaires qui accueillent chaque jour 10000 enfants, de ses 9 Foyer résidences et maisons de retraites qui hébergent plus de 450 personnes âgées , de ses 8 centres de loisirs qui reçoivent 1550 enfants de 3 à 14 ans, de son service de médecine préventive dédié à ses 2500 agents, a décidé de former directement ses agents qui sont en contact avec le public (crèches, écoles, foyers de résidences, maisons de retraite, jeunes et santé au travail) aux problématiques de la nutrition.

Ces agents ainsi sensibilisés pour eux-mêmes, leur famille et leurs publics seront en mesure au travers de leurs interventions qu'elles soient quotidiennes ou liées à des actions plus spécifiques d'intégrer dans leurs pratiques personnelles et collectives les bons repères nutritionnels. Actions d'information, élaboration de programmes alimentation et/ou activité physique, repérage d'usagers en difficulté sont les 3 objectifs opérationnels de la formation qui leur est proposée.

Un cahier des charges de formation a été rédigé. Il inclut un pré travail sur les représentations personnelles des agents avant une harmonisation des connaissances puis une mise en place de formation actions interservices, dans le cadre d'un objectif annuel.
Les fonctionnaires territoriaux deviennent ainsi des « garants » d'un cadre nutritionnel intégré à la vie des habitants. Au total, à termes, ce seront 2500 agents de la ville qui seront concernés directement ou indirectement par ce programme.

Ce travail est effectué en étroite collaboration avec la mission Nancy Ville Européenne Durable : santé des habitants, santé économique équilibre budgétaire des familles et santé économique locale par le développement des filières courtes sont des fondamentaux du développement durable local.

III - Formaliser pour pérenniser l'action

La nutrition est un élément transversal des politiques publiques locales. Plusieurs services de mairies prennent en charge divers aspects de cette politique : éducation, restauration collective et CCAS, principalement, mais aussi les services des sports, des transports, de la culture, etc. Les Plans Locaux de Santé, les Ateliers Santé Ville et le volet santé des Contrats Urbains de Cohésion Sociale sont bien intégrés dans les villes interviewées. Mais toutes ont décidé de dépasser ces outils pour améliorer la prise en charge de la santé, et de la nutrition.

La contractualisation des politiques publiques locales se développe. Ainsi, 9 des 10 villes du panel sont actuellement en train d'élaborer un Contrat Local de Santé (CLS) ou ont déjà un CLS en cours. Pour 8 villes, la nutrition est intégrée dans le CLS. Une autre étude menée par le RFVS[22] en mai 2012 sur la mise en place des CLS a montré que la nutrition est une thématique majeure de contractualisation, surtout pour l'axe prévention-santé. En effet, parmi les villes ayant actuellement un CLS ou étant en cours d'élaboration de ce dernier, 18 sur 24 intègrent la nutrition comme un axe majeur.

Normalisation de la place de la nutrition dans la politique de santé publique locale

A travers les entretiens, sont ressortis trois 3 axes majeurs ayant incité les villes à passer d'une politique d'actions évènementielles à une politique de gestion permanente de la nutrition en tant qu'élément de la politique de santé :

– Les enfants : Comme abordé dans l'introduction de ce rapport, plusieurs études ont montré l'importance de l'acquisition de bonnes habitudes alimentaires dès le plus jeune âge. La prise en charge par les communes des enfants au travers des écoles maternelles et primaires a systématiquement été présentée comme un élément important des politiques nutritionnelles (pour toutes les villes du panel). Cette intégration à l'école, par le biais des Plans Locaux d'Education, Plans de Réussite Educative, etc., a permis une normalisation de l'action. La ville de Rennes travaille actuellement à la création d'un Plan Alimentation Enfant. Elle est également en train de réécrire son Plan Educatif Local pour faire la jonction entre ces deux programmes.

– La restauration collective : Concernant la restauration scolaire, les recommandations du PNNS ont été intégrées relativement tôt (dès 2001 pour la ville de Nancy). S'il n'a pas été systématiquement cité par toutes les villes, le Groupement d'Etude des Marchés en Restauration Collective et de Nutrition (GEMRCN) était déjà en application pour l'année scolaire 2011-12 (il n'était obligatoire qu'à partir de la rentrée 2012).
Dans la plupart des cas, la restauration scolaire est organisée en interne par le biais d'une cuisine centrale, ou de cuisines d'établissement en régie directe (dans 7 des 10 villes). Dans les 3 cas où la restauration scolaire est organisée par des partenaires extérieurs (Sodexo[23] ou Sogeres[24]), le contrat de délégation de service public intègre des exigences en lien avec le PNNS et le GEMRCN.
En matière de restauration collective, certaines villes dépassent le cadre de la restauration scolaire en proposant des repas à destination des personnes âgées et des personnes précaires principalement, mais aussi dans le cas de l'aide alimentaire par le biais de partenariats avec les associations caritatives.

– La prise en charge des publics fragilisés : La prise en charge des personnes fragilisées (chômeurs, retraités, femmes enceintes, etc.) est le dernier point d'accroche majeur des villes dans le cadre de la normalisation de leurs politiques de nutrition. Ce public a largement été touché au travers des ateliers de cuisine mis en place par les municipalités, qui sont notamment une des propositions d'action du réseau Ville-Actives du PNNS. Les différents diagnostics territoriaux menés par ou pour les villes du panel ont systématiquement mis en avant l'existence de gros problèmes d'alimentation parmi ces populations, à l'origine de nombreux problèmes de santé. Sont notamment mis en cause une forte prévalence de l'obésité, du surpoids et de la dénutrition (pour les personnes âgées essentiellement), ainsi que le développement de nombreuses

carences alimentaires liées à des problèmes de moyens financiers. Concernant cette population, c'est sa prise en charge au travers des CCAS qui a été la porte d'entrée de la normalisation de la politique nutrition-santé.

Salon-de-Provence : restauration collective

Le premier élément marquant de la politique nutritionnelle menée par la ville de Salon-de-Provence est le développement du secteur de la restauration collective. Elle dépasse largement le cadre classique de la restauration au niveau des crèches, écoles maternelle et primaires, prenant en charge aussi les personnes âgées, les personnes précaires et mêmes les étudiants. La cuisine centrale a un volume de production d'approximativement 3 200 repas par jour (soit 1 habitant sur 12).

En effet, la ville se distingue par la mise en place d'une restauration collective étendue au niveau des personnes âgées et des étudiants. Bénéficiant, d'une manière paradoxale, d'une taille relativement petite (la ville compte 42 000 habitants, et 130 000 habitants au niveau de la communauté d'agglomération), l'installation sur la commune de structures universitaires ne s'est pas accompagnée de la création d'un restaurant universitaire autonome. En conséquence, c'est le service municipal de restauration collective qui a repris à son compte l'alimentation des étudiants au travers d'un contrat passé avec le CROUS pour l'application du tarif des tickets de restaurant universitaire.

Par ailleurs la ville est très active au niveau des personnes âgées, avec à la fois la présence de foyers de jour encadrés par la mairie, où les repas sont servis, mais aussi un service de portage à domicile de repas au niveau de la commune et au-delà, au niveau des villages environnants via des comités locaux de coordination gérontologique. Initialement, cette idée du portage à domicile est liée à la volonté de conserver un tissu social (solidarité, lutte contre la désertification des campagnes), mais elle permet aussi de participer à l'équilibre nutritionnel des personnes âgées (environ 150 repas/jour portés à domicile).

Des centres d'hébergements et des centres de loisirs bénéficient aussi des capacités de la cuisine centrale, ainsi que les foyers de jeunes travailleurs et l'intégralité du personnel de la mairie.

Chalon-sur-Saône : L'organisation de la compétence santé en agglomération

Depuis le 1er janvier 2012, la communauté d'agglomération (Le Grand Chalon) a pris la compétence santé. De ce fait, une nouvelle organisation s'est mise en place. Sur les bases du plan local de santé municipal, les élus communautaires « santé » rassemblés en Comités d'Orientation et de Programmation (COP) sont partie prenante des actions santé mises en place sur le territoire.
La programmation des actions Nutrition du Grand Chalon a été présentée et validée dans ce cadre et au même titre que les autres programmes thématiques. Celle-ci s'articule autour de 3 grands axes ou programmes d'actions :

« Les rendez-vous nutrition ». Il s'agit d'un programme sur l'année permettant de sensibiliser le grand public et les « Relais » (élus, professionnels, bénévoles, habitants,…)

- Temps de sensibilisation programmés tous les mois à destination de divers publics,
- Temps forts : « La santé au marché », « Semaine du goût », « Festival des soupes », « Semaine Fraich'Attitude » à destination du tout public,
- Groupes de réflexion rassemblant professionnels et bénévoles (exemple d'un groupe existant : groupe ressources nutrition et ateliers cuisine,…)

« Je mange, je bouge, je vais bien et ma planète aussi ». Il s'agit d'un programme d'éducation à la santé dans les classes et écoles du Grand Chalon volontaires en lien avec les structures socio-éducatives des territoires concernés :

- Temps de formations des enseignants et mise en place d'actions dans les classes, écoles, en lien avec les structures du quartier
- En forme dans nos quartiers pour les quartiers prioritaires de Chalon

- Opération « un fruit pour la récré »

« Le Grand Chalon bouge pour sa santé » Il s'agit d'un programme d'activités physiques adaptés à certains publics :

- Activ'Santé : bien être et remise en forme (public sédentaire)
- Programmes d'activité physique adaptée aux séniors
- Actions « sports pour tous » (tout public)

Chacun de ces programmes dispose d'objectifs détaillés et chiffrés afin d'assurer une pénétration en terme de population et de territoires touchés.

La Direction de la Santé Publique du Grand Chalon s'appuie sur un large partenariat associatif et institutionnel développé depuis plusieurs années. Ces partenariats permettent la mise en œuvre d'actions. Celles-ci peuvent être communes ou portées par l'une ou l'autre des structures, le rôle de la diététicienne de santé publique de la collectivité étant d'impulser, de coordonner, d'animer, la politique nutritionnelle sur le territoire.
D'autre part, un groupe de réflexion concernant le dépistage et la prise en charge du surpoids des enfants rassemblant l'hôpital, la PMI, la médecine scolaire et la Direction de la Santé Publique s'est mis en place. Le fruit de son travail fera l'objet d'une fiche action dans le cadre du futur Contrat Local de Santé.

Marseille : Le Contrat Local de Santé est l'occasion de formaliser la politique nutrition

Etant le premier contrat local de santé (CLS) signé en France, le CLS de Marseille fait figure de cas d'école de la prise en charge de la santé au travers de partenariats avec l'Etat. La nutrition est un des éléments forts de ce CLS, avec notamment l'encadrement des actions menées dans la restauration collective de la ville. La ville étant l'une des plus pauvres de France en terme de PIB/habitant, et qui avait donc impérativement besoin de cet apport financier contractuel. Le contrat emprunte ainsi trois axes dans le domaine des cantines scolaires :

– Etat des lieux dans les cantines scolaires : l'objectif est de mener une étude sociologique sur les comportements alimentaires des enfants, afin d'adapter les politiques nutritionnelles de la restauration scolaire et de la prise en charge par les équipes enseignantes (travail sur les goûters, le snacking, etc.). Il est à noter que la ville a délégué sa restauration scolaire à la SODEXO.

– Amélioration de l'offre alimentaire : étant donné ses moyens financiers, la ville de Marseille a utilisé le CLS pour aider sa restauration scolaire à utiliser les normes du GEMRCN et du PNNS. L'expertise et l'analyse des besoins de la ville sont ici mis en avant, de même que le travail sur la problématique des allergies alimentaires : la prévalence de 8% d'enfants sujets à des allergies alimentaires[25] est un défi pour la ville, qui distribue 44000 repas par jour.

– Action de promotion de la Santé dans les cantines : les objectifs multiples de cet axe servent à agir directement auprès des élèves, soit au travers de l'équipe éducative, soit au travers de la restauration scolaire, via l'introduction de campagnes de sensibilisation dans le cahier des charges de la Délégation de Restauration Scolaire, pour être organisées par les sociétés de restauration collective.

Actuellement, le CLS de la ville de Marseille est sur le point d'arriver à échéance et la ville négocie actuellement son deuxième CLS qui sera effectif pour la période 2013-2016. La mairie a indiqué qu'il n'y aurait peut-être pas de pérennité des actions d'un CLS à l'autre.

Conclusion

En plus des multiples actions qui sont menées, les communes prennent pleinement conscience de l'importance des éléments socio-culturels et socio-économiques de leurs territoires. Cet élément est pris en compte dès la création du diagnostic territorial, et aboutit à un ciblage des actions en nutrition. Celles-ci sont désormais de plus en plus intégrées dans le fonctionnement régulier de la commune, notamment pour les services de la restauration collective, de la prise en charge des écoles maternelles et primaires et de l'action sociale. Un travail sur les quartiers prioritaires de la ville est d'ailleurs renforcé par un maillage territorial, au travers des Ateliers Santé Ville et des quartiers prioritaires des Contrats Urbains de Cohésion Sociale, qui sont devenus une norme.

Dans le domaine éducatif, le cloisonnement entre le primaire et le secondaire est souvent une barrière complète dans la prise en charge de la nutrition de la jeunesse. Certaines villes ont mis en place des plans éducatifs locaux intégrant l'éducation à la nutrition. Le travail effectué par les Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté des collèges, qui a été très peu évoqué lors des entretiens, pourrait être le point de départ d'une étude plus spécifique.

Les entretiens ont également montré l'importance de la question budgétaire dans la politique nutritionnelle des villes. La grande majorité d'entre elles ont établi différentes stratégies pour y faire face. La mutualisation des moyens, la mise en réseau des partenariats, et la formalisation par les Plans Municipaux et/ou les Contrats Locaux de Santé se développent dans certains lieux. Le transfert des compétences en santé publique vers l'agglomération est un point en développement Cependant, la transversalité de la question de la nutrition (restauration collective, santé, éducation, sport, transports, action sociale...) rend complexe sa prise en charge et nécessite une forte implication en intersectorialité, un aspect qui a déjà été bien expérimenté dans les Villes-Santé.

Bibliographie

[1]"*Prevalence of Obesity in the United States, 2009–2010*", Center for Disease Control, USA, 2011

[2]"*Etude Nationale Nutrition Santé 2006, premiers résultats*", INVS, 2007 (ENNS 2006)
et
"*Etude OBEPI-Roche, Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité*", INSERM, TNS Healthcare© et Laboratoire ROCHE©, 2009 (OBEPI 2009)

[3]"*Obesity Update 2012*", Publication de l'OCDE, 2012 http://www.oecd.org/dataoecd/1/61/49716427.pdf

[4]ENNS 2006 et OBEPI 2009 Obs cite

[5]ENNS 2006 et OBEPI 2009

[6]"*Activité physique Contextes et effets sur la santé Expertise Collective*", INSERM, 2008

[7]"*Les solitudes en France*", Fondation de France, 2012

[8]"*Plan National Nutrition Santé (PNNS) 2011-2015*", Ministère de la Santé, 2010

[9]"*Plan Obésité (PO) 2010-2013*", Ministère de la Santé, 2009

[10]"*Plan National Vélo*", Ministère des Transports, 2012

[11]"*Plan Education pour la Santé*", INPES et ministère de la santé, 2001

[12]"*Stratégie de mise en oeuvre d'un plan local de santé environnement*", MISP, EHESP 2010

[13]"*Comment mesurer la corpulence et le poids idéal ? Histoire, intérêts et limites de l'IMC*", Thibault de Saint Pol, Science Po Paris, 2007

[14]Etude NUTRINET, Ministère de la santé et des sports, INPES, InVS, Université Paris13, INSERM, INRA, Cnam, Fondation pour la Recherche Médicale, IRESP, 2009 https://www.etude-nutrinet-sante.fr/

[15]"*Détail des résultats d'INCA 2, Etude Individuelle Nationale sur les Consommations Alimentaires 2006-2007*", rapport, ANSES, 2009

[16]"*Guide à destination des maîtres d'ouvrage d'un diagnostic local de santé*", FNORS, 2010
www.fnors.org/uploadedFiles/pagedaccueil/Fnors_guideDLS_2010.pdf

[17]"*Vers un Profil Santé de Ville*", publication du Réseau Francais des Villes-Santé de l'OMS, 2005

[18]"*Plan Municipal de Santé*", Mairie de Toulouse, 2010, p4-6

[19]"*Marseille, Bilan Santé : situation actuelle et perspective, 2004*", ORS PACA et Ville de Marseille, 2003

[20]"*Document de Diagnostic et d'Orientations Communautairse de la communauté urbaine de Strasbourg*", Communauté Urbaine de Strasbourg, 2010

[21]"*Plan National Vélo*", Philippe GOUJON (député) et Ministère des Transports, 2012

[22]"*Principaux résultats de l'étude d'approfondissement sur les contrats locaux de santé*", Z. Héritage, RFVS, 2012
http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/RFVS_rapport_cls_juin2012.pdf

[23]SODEXO© http://fr.sodexo.com/

[24]SOGERES© http://www.sogeres.fr/

[25]"*Epidémiologie de l'allergie alimentaire, données nationales*", D-A Moneret-Vautrin, Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie, 2008

ANNEXES

Annexe 1 : Méthodologie de l'étude menée …….. **II**

Annexe 2 : Questionnaire …….. **IV**

Annexe 3 : Quelques concepts de la Nutrition et de la mise en place d'une politique nutritionnelle … **VI**

Annexe 4 : Focus : Catégories des Résultats ……... **IX**

Salon-de-Provence

Strasbourg

Annexe 5 : Liste des Sigles utilisés …… ***XII***

Annexe 1 - Méthodologie de l'étude

Cette étude a été menée par Sébastien Grimaud, en stage au Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS de février à juin 2012, et sous le contrôle de Zoë Heritage au Réseau Français des Villes-Santé. Jeanine Pommier, Professeur à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Antoine Gueniffey et Vincent Alberti, de la Direction Générale de la Santé, ont accompagné le développement de cette étude. La Direction Générale de la Santé a également soutenu financièrement cette action.
Nous remercions chaleureusement les personnes listées plus loin qui ont accepté d'être interviewées, et particulièrement Sigolène Murat de Chalon-sur-Saône, qui a procédé à une relecture de ce rapport dans son intégralité.

L'étude menée se base sur deux sources d'informations complémentaires.

La première est une série d'entretiens, d'une durée de 45 minutes à 1 heure, parmi 10 villes-membres du Réseau Français des Villes-Santé. Ces entretiens ont pour la plupart été menés par téléphone (8), mais aussi pour certains sur place (4). Cette série d'entretiens s'est composée de 10 entretiens semi-directifs, et de 4 entretiens complémentaires, cumulant 12h26 min de conversations. Les entretiens ont été réalisés sur la base d'un questionnaire (voir annexe 2).

Les villes interviewées pour cette étude ont été présélectionnées par le Réseau Français des Villes-Santé, et la Direction Générale de la Santé. Elles ont ensuite été contactées par courriel puis par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous pour réaliser l'entretien. Le questionnaire a été envoyé en amont pour permettre aux interlocuteurs de se préparer. La trame de l'entretien a ainsi suivi les questions proposées par ces questionnaires, mais s'est également penchée sur les points qui ont semblé les plus pertinents par les interlocuteurs. Les entretiens ont tous été enregistrés, avec l'accord des interlocuteurs, pour une exploitation plus facile pour la réalisation de l'étude. Ils ont été soumis à un principe de confidentialité. Par la suite, une note présentant les points clé de l'entretien a été envoyée aux interlocuteurs ainsi que la première version du rapport.

L'autre source d'informations de cette étude a été l'exploration et l'exploitation d'un grand nombre de documents techniques, pour l'essentiel trouvés sur des sites officiels de mairies, d'Agences Régionales de Santé, de Ministères, et d'instituts de recherche. On peut classer ces documents en trois grandes catégories :

- La première concerne les documents officiels émanant des mairies et de l'état, et qui sont soit des documents de politique générale (Plans Locaux de de Santé, Projets Régionaux de Santé, PNNS, etc.), soit des documents de diagnostic territoriaux (rapports des Observatoire Régionaux de Santé…), soit des documents de contractualisation (Contrats Locaux de Santé signés).
- La deuxième concerne les documents d'instituts scientifiques ou de revues à comité de lecture.
- Enfin, la troisième est constituée par les documents de synthèses et les enquêtes publiés par le Réseau Français des Villes Santé de l'OMS et de ses partenaires ont également été utilisé comme base documentaire pour cette étude.

Voir : Bibliographie

Liste des interlocuteurs par ville :

- **Chalon sur Saone :**
  Marie-Christine Agacinski, Directrice de la Direction de la Santé Publique
  Sigolène Murat, Diététicienne

- **Marseille :**
  Didier Febvrel, Chargé de mission, Service Santé Publique et Handicap

- **Montpellier :**
  Mathilde Bodéré-Melin, Médecin Directeur, Pôle Santé Publique

- **Nancy :**
  Valérie Jurin, Adjointe au Maire

- **Nantes :**
  Marion Gassiot, Chargée de projet, Mission Santé Publique

- **Rennes :**
  Maud Renon, Directrice, Santé Publique et Handicap
  Pierre Christen

- **Salon de Provence :**
  Lionel Moynet, Directeur « Solidarité – Citoyenneté »
  Emmanuelle Cosson, Médecin, Service Communal Hygiène, Santé et Environnement

- **Saint Paul de la Réunion :**
  Marie-Rose Gras, Adjointe au Maire
  David Benard, Coordinateur Atelier Santé Ville

- **Strasbourg :**
  Alexandre Feltz, Conseiller municipal chargé de la Santé
  Relecture du rapport par François-Paul Debionne, Chef du service santé publique et environnementale et par Mathieu Hild, Coordinateur des Ateliers Santé Ville

- **Toulouse :**
  Yvan Theis, Médecin, Direction Santé Publique
  Monique Durrieu, Adjointe au Maire déléguée à la Santé

En page suivante figure le questionnaire, tel qu'il a été envoyé aux membres du panel.

Annexe 2 : Questionnaire envoyé aux Villes avant les entretiens

Étude sur les politiques nutritionnelles en vue de la mise en place des Contrats Locaux de Santé au sein des villes du RFVS

Le RFVS, en partenariat avec la Direction Générale de la Santé et l'EHESP, souhaite mener une enquête auprès de ses membres sur le thème des politiques nutritionnelles gérées par les villes-santé, ainsi que son appréhension au travers des Ateliers Santé de Ville, en perspective des Contrats Locaux de Santé. Le but de l'étude est de comprendre comment est abordé le thème de la nutrition au niveau des actions politiques que la ville mène sur l'ensemble de moyens et de services. La nutrition s'entend comme comportant deux volets. Le premier volet concerne directement l'alimentation des populations de la ville. Un deuxième volet concerne les possibilités d'activités physiques existantes, autant sur le plan d'un environnement qui leur serait favorable que sur celui d'une démarche pro-active de la ville.

Pour mener cette étude, le RFVS vous invite à répondre à un entretien d'une durée de 45 à 60 minutes. Cet entretien abordera les différents thèmes et politiques mises en place par votre ville dans le domaine de la nutrition. Le but est de chercher à comprendre en profondeur comment votre ville donne place à la nutrition dans l'ensemble de ses politiques publiques. Pour des raisons purement pratiques, nous souhaiterions enregistrer ces entretiens, dans un but strictement technique[1]. Le réseau et ses villes membres pourront ainsi valoriser leur travail mené dans le domaine de la nutrition.

Nous souhaitons principalement aborder environ 3 thèmes lors de cet entretien. Le questionnaire en page suivante est indicatif, il n'est ni exhaustif ni contraignant. Il sera en effet adaptable en fonction des spécificités de votre mairie. Les résultats pourraient par ailleurs faire l'objet d'une publication scientifique, ainsi qu'être diffusés lors d'un colloque du RFVS en juin 2012

A : La politique de la nutrition dans les villes-santé

1°) Comment est construite la politique de la nutrition dans votre ville ?

Exemples : utilisation d'outils de diagnostics, programmation à moyen terme, utilisation de méthodes pré-existantes ou constructions de tels outils et méthodes, gérée au travers de contrats locaux, ...

2°) Quels sont les services de votre mairie qui sont particulièrement engagés vis à vis des thèmes de l'alimentation et de l'activité physique ? Comment sont-ils engagés, via quels forme de coordination ?

Exemples : éducation, jeunesse, personnes vulnérables, personnes âgées, quartiers prioritaires, zones urbaines spécifiques, transports, sports, environnement, …

2b°) Plus particulièrement, abordez vous le thème de l'activité physique dans le domaine des transports urbains ?

Exemples : modification du Plan de Déplacement Urbain, quartiers piétons, services de location de vélo ou pistes cyclables, pédibus, parcs transversaux et corridors vert...

3°) Avez-vous formalisé des partenariats avec des acteurs extérieurs ou proches de la mairie ?

Exemples : EPCI, ARS, services préfectoraux hors ARS, Chambre de Commerce et d'Industrie, entreprises, rectorat, autres collectivités territoriales...

B : Quelle démarche auprès de la population avez-vous décidé de privilégier ?

1°) Intégrez-vous le volet nutritionnel au travers d'interventions pro-actives auprès de la population, et/ou par la construction d'un milieu favorable à son développement ?

Exemples : Atelier de cuisine, semaine du goût, clubs sportifs, distribution de matériel pédagogique, sensibilisation ou formation d'encadrant ou de publics ciblés (adulte-relais), création d'espaces vert, modification du PDU, ...

[1] *Ces enregistrements ne se feront qu'avec accord écrit. Le but est uniquement d'éviter une éventuelle perte d'information au travers de la prise de note durant l'entretien téléphonique, ou de ralentir celui-ci. Seul le chargé de mission en charge de ce dossier a accès à ses propres enregistrements, qui ne sont ni diffusés, ni retranscris, ni recopiés pour un quelconque usage. Ceux -ci sont détruits au terme de l'étude.*

2°) Intégrez-vous le volet nutritionnel au travers de la mise à disposition d'informations ou de moyens matériels auprès de la population?

Exemples : marchés primeurs et maraîchers, jardins ouvriers, équipements sportifs libre d'accès, campagnes d'affichages, choix des plats en restauration collective, plaquettes d'informations…

C : L'intégration de la nutrition dans les Contrats Locaux de Santé

1°) Votre ville prévoit-elle de mettre en place un Contrat Local de Santé ?

Exemples : synergie avec les différents acteurs, avec les différents autres Contrats et Plans mis en place par la mairie, apport financier ou non, intérêt autre, difficulté d'intégration aux politiques déjà existantes...

2°) Qu'apportent de plus, le cas échéant, les CLS dans la gestion du volet nutritionnel ? Apportent-t-ils une innovation, ou une nouvelle approche de gestion ?

Exemples : liens effectifs avec les Agendas 21, le Plan Local de Santé, les Atelier Santé Ville des Contrats Urbain de Cohésion Sociale, …

3°) Plus généralement, comment s'organise la coordination entre l'ARS et votre commune ?

Exemples : coordinateurs, référents, organisation de la concertation, …

D : Autres questions transversales

1°) Quelles seraient selon vous les personnes, au sein de vos services, qui seraient les plus pertinentes à contacter pour approfondir cet entretien ?

2°) Votre ville fait-elle partie d'un autre réseau de coordination, ou est-elle associée à un programme particulier en lien avec la nutrition ?

3°) La crise des budgets territoriaux remet-elle en cause les actions et les projets menés par votre ville dans le domaine de la nutrition et/ou de l'activité physique ?

Annexe 3 : Quelques concepts de la Nutrition et de la mise en place d'une politique nutritionnelle

Nutrition

La nutrition s'entend sous deux angles, l'un alimentaire l'autre étant l'activité physique. En fait cette définition de la nutrition s'intéresse aux intrants et aux extrants dans l'équilibre d'un individu. L'intérêt de la prise en charge de l'activité physique est la prise en compte de la dépense calorique, et du type de dépense calorique (les dépenses aérobies, anaérobies, intense et de faible intensités n'ayant pas le même impact sur l'équilibre nutritionnel d'un individu)

Equilibre Nutritionnel

Les recherches sur l'équilibre nutritionnel sont en constante évolution, mais ont d'ores et déjà permis de définir un certain nombre de priorités du régime alimentaire humain.

L'activité physique est nécessaire au bon fonctionnement corporel (circulation lymphatique, maintien des capacités cardiaques et respiratoires, élimination et régulation des taux de sucres et graisses dans le corps, etc.), et il a été défini certains minimums vitaux (30 min de marche rapide par jour, recommandation INPES)

Un équilibre nutritionnel peut être vu de différentes manières, certains nutriments étant stockés par le corps humain sur d'importantes durées, alors que d'autres demandent un renouvellement régulier. De manière générale, on peut admettre qu'un équilibre alimentaire peut se créer sur une durée hebdomadaire, à l'exception des nutriments de base (eau, glucides...)

Alimentation

Volet intrant de la nutrition, l'alimentation intègre tous les éléments nutritifs ingérés par l'individu, que ce soit de manière directe (repas, etc.) ou indirecte (percutanée, dans les cas d'hospitalisation). Attention, cette définition n'intègre pas les molécules spécifiques comme les médicaments ou les drogues, à l'exception des compléments alimentaires sous certaines conditions. La définition se concentre uniquement sur les apports nutritifs réguliers (incluant l'eau). Les déséquilibres les plus connus concernent, outre un apport calorique trop important, une faiblesse de l'apport en glucides complexes par rapport à l'apport en lipides et glucides simples. Dans certaines populations l'apport protéiné est lui aussi supérieur aux recommandations, mais c'est globalement moins fréquent.

Dépense Calorique

Comptée de manière totale ou fractionnée selon l'activité, elle permet d'appréhender les extrants quotidiens d'un individu. À noter, le métabolisme de base compte pour 50 à 80% de la dépense calorique quotidienne. Le pourcentage restant est constitué par la dépense calorique liée à l'activité physique (qui sera considéré comme nulle dans le cadre d'un coma). On estime ainsi à environ 1800 kcal à 2500kcal par jour la dépense calorique d'un adulte de corpulence moyenne, mais ce chiffre est très variable (une heure de sport intensif dépense entre 500 et 1000kcal).

Métabolisme de base

La dépense normalisée liée au métabolisme de base concerne la dépense permanente de l'organisme. Cette dépense est essentiellement liée à la conservation de l'homéothermie (maintien de la température corporelle quelle que soit la température extérieure), au fonctionnement 'de survie' (circulation sanguine, respiration, digestion, etc.), ainsi qu'au renouvellement cellulaire.

Activité Physique

Entendue au sens large, elle prend en compte l'intégralité de la dépense calorique de l'individu L'intérêt ici est de connaitre le niveau de dépense calorique quotidien d'un individu (approximativement 2000 kcal, variable selon le poids, le sexe et l'âge). On inclura donc ici l'activité sportive pure, mais aussi la marche, les escaliers, le port de charge, etc.

L'activité physique peut se découper en plusieurs niveaux. Un simple maintien des capacités cardio-pulmonaires de l'individu, ainsi qu'un bon fonctionnement de la circulation lymphatique est une activité physique de base. Mais une activité physique intense permet d'aller au-delà en développant ces capacités cardio-pulmonaires, ainsi que d'autres éléments (capacité musculo-squelettique essentiellement).

Atelier Santé Ville

Projets menés au sein d'une commune, l'Atelier Santé Ville (ASV) est un outil axé sur la promotion de la santé. Les thématiques des ateliers santé ville sont avant sélectionnées pour réduire les inégalités sociales de santé et pour pallier aux problématiques les plus présentes en termes de santé (comme par exemple l'alimentation).

Plan Local Santé

Elaboration communale de santé, le plan local de santé est la version totalement intégrée du ou des ASV au sein de la ville. Le Plan Local de Santé peut porter la future création d'un contrat avec les autorités déconcentrées de l'état (un Contrat Local de Santé). C'est le document de travail général de la ville, qui textualise la démarche à moyen et à long terme de la commune (ou CU) vis à vis de la santé. Il dépasse donc largement le cadre de la nutrition pour prendre en compte l'accès au soin, les addictions, etc.

Plan de Déplacement Urbain (PDU)

Document administratif, en lien avec le cadastre et la préfecture, le PDU prend à sa charge, comme le plan local de santé, la textualisation de la politique de la ville dans le domaine des transports. Celle-ci étant une compétence obligatoire de la collectivité territoriale. On y retrouve les éléments de transports en commun, de quartiers piétons, de pistes cyclables, de parking, etc.

GEMRCN

Document à l'usage des professionnels de la restauration scolaire, il établit une suite de recommandation de dosages, de variations et de fréquences pour l'alimentation qui y est servie. Il existe depuis 1999 mais est régulièrement mis à jour en fonction de l'avancement de la science et des possibilités des collectivités en terme de restauration. Ils disposent de recommandations adaptées en fonction du public ciblé. C'est un document technique à l'usage des cuisiniers, diététiciens et personnels techniques.

Ses recommandations deviendront obligatoires pour la rentrée 2012 (cf. Décret 2011-1227 du 30-09-2011).

Plan National Nutrition Santé, (PNNS)

Le Plan National Nutrition Santé, initialement crée en 2001, en est désormais à sa troisième version pour la période 2011-2015. C'est un document d'orientation stratégique, qui permet de guider tout acteur s'intéressant de son plein gré ou de par ses missions obligatoires à la nutrition.

Il a pour objectif de fixer un certain nombre de buts à atteindre pour améliorer la qualité nutritionnelle de l'alimentation de la population, et développe pour cela un certain nombre d'axes et de moyens permettant d'y parvenir. On retiendra essentiellement la lutte contre l'obésité/surpoids, l'augmentation de l'activité physique, l'amélioration de la qualité nutritionnelle (sel, fruits et légumes, …) et la lutte contre les troubles alimentaires.

Plan Obésité (PO)

Le Plan Obésité créé pour la période 2010-2013 s'attache notamment au développement de la systématisation du dépistage du surpoids/obésité, au développement de l'activité physique et à la lutte contre les inégalités sociales en nutrition.

Plan National Alimentation

Créé par le ministère de l'agriculture, ce plan fonctionne sur le même principe que le PNNS, en délimitant un certain nombre d'objectifs et les axes stratégiques pour y parvenir. Le Plan National Alimentation s'intéresse particulièrement au développement des filières alimentaire courtes (locales), au développement de l'agriculture biologique, ainsi qu'à la conservation des traditions culinaires.

Plan National Vélo

Le Plan National Vélo, très récemment adopté en février 2012, lié au ministère des transports, pour promouvoir l'usage du vélo et proposer un certain nombre de réformes, notamment du code de la route, pour faciliter l'intégration du vélo comme moyen de transport urbain. (Le vélo est encore *légalement* considéré comme un véhicule au même titre qu'une moto ou une voiture, et ne bénéficie que d'une *tolérance* pour ce qui est de son usage hors des routes – rues piétonnes, parcs, etc.)

OBEPI

Il s'agit d'une étude menée de manière régulière depuis 1997, et largement parrainée par les laboratoires Roche. L'étude est faite sur +/- 25 000 personnes selon la méthode des quotas, via des questionnaires écrits auto-administrés (taux de retour de 74% pour 2009). Elle ne concerne que les plus de 15 ans.

Le résultat de l'étude est sans appel, d'année en année : le surpoids et l'obésité continuent d'augmenter. Ils concernent désormais quasiment 50% de la population (14% en situation d'obésité et 32% en situation de surpoids). Les chiffres sont d'autant plus élevés que les individus sont âgés, pauvres ou à faible éducation, et inversement. On note une augmentation particulièrement marquée à partir de l'âge de 25 ans.

NUTRINET

Etude récente toujours en cours, le but de Nutrinet est de profiter du développement massif d'internet pour faire appel de manière simplifié à des panels volontaires recrutés sur internet. Il s'agit d'identifier au travers de questionnaires, notamment concernant les repas-type des individus, les habitudes alimentaires des individus, allant ainsi au-delà de OBEPI puisque permettant d'identifier où se trouvent les défauts alimentaire dans la population. Premiers résultats publiés en novembre 2011.

L'étude porte désormais sur 221 000 'nutrinautes'. L'étude sur internet se complète d'une série d'examens médicaux via des centres de bilan biologiques. La représentativité du panel est parfois remise en question (internet est certes devenu courant, mais ne touche pas tous les publics).

INCA

Une autre étude importante, (4000 personnes), menée par l'AFSSA, l'étude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires a été mené de 2005 à 2007 (inca 2). Contrairement à Nutrinet qui s'intéresse aux aliments consommés pendant 3 jours, Inca s'intéresse à l'intégralité des repas consommés par le panel sur une semaine, au travers de questionnaires. L'objectif de l'AFSSA était de croiser ce panel avec leur base de données nutritionnelle pour établir les apports spécifiques pour chaque nutriment dans la population. Elle a servi de base à la création de Nutrinet.

Indice de Masse Corporelle (IMC)

L'Indice de Masse Corporelle est l'un des éléments les plus utilisés pour obtenir un indicateur de la prévalence de l'obésité et du surpoids dans une population. Il a l'avantage d'être relativement stable une fois atteint l'âge adulte, et de ne pas souffrir des variations de masse musculaire ou osseuse au sein de la population : en effet, si d'une personne à l'autre la masse osseuse ou musculaire peut varier, et donc impacter l'IMC (un athlète particulièrement musclé serait considéré comme obèse). En terme épidémiologique la répartition équilibrée des différentes catégories de population redonne à l'IMC un impact neutre sur le calcul de la prévalence du surpoids et de l'obésité à l'échelle d'une population. L'IMC est considéré comme normal entre **18,5 et 25.**

Il se calcule de la manière suivante :

$$IMC\ (kg/m^2) = \frac{Poids\ (kg)}{Taille \times Taille\ \ (m^2)}$$

Annexe 4 : Focus - Catégorisation des Résultats

Afin de permettre une systématisation de la saisie des méthodes d'interventions en santé publique, et par exemple permettre l'alimentation de bases de données et de systèmes d'information en ligne, un outil de classification a été mis au point. En France, l'INPES a décidé d'adapter en 2007 la méthode dite "outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé", crée en Suisse en 2005 sur la base du modèle développé par le Pr. Don Nutbeam de l'université de Southampton en Angleterre. C'est par exemple cette classification qui est utilisé par le système d'information OSCARS.

Originellement, cet outil sert à classer des projets de promotion de la santé individuellement. Cependant, à titre expérimental, nous nous proposons ici de tenter une approche plus généraliste, en tentant de concaténer les différents projets d'une ville. L'objectif est de permettre de visualiser comment une commune peut intervenir sur les différents champs couvert par la Catégorisation des Résultats. Nous avons, et avons tenté cette expérimentation sur les villes de Strasbourg et de Salon de Provence. Nous avons ainsi listé les différentes actions et moyens d'interventions de la mairie dans le domaine de la nutrition.

Cependant, le format de l'étude étant initialement prévu pour se focaliser sur les stratégies mises en place par les villes dans le domaine de la nutrition, et non pour obtenir une information exhaustive des actions menées par les villes, ces tableaux ne peuvent être exhaustifs et reflètent les informations issues pour l'essentiel des entretiens.

Notons que la catégorie B3 est définie comme suit :

"*1. Existence de groupes actifs chargés des questions de promotion de la santé*

2. Collaboration de nouveaux acteurs

3. Diffusion des questions auprès de groupes de la population

4. Appropriation des questions de santé par des groupes dans la population"

Etant donné le format de l'étude, centré sur l'action des mairies, il a été difficile d'intégrer cette catégorie pourtant riche, puisque faisant essentiellement appel au tissus associatif local (1, 4), ainsi que d'autres acteurs extérieurs à la mairie (2).

Pour de plus amples informations concernant l'utilisation de cet outil, on peut se référer au : "*Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention*", 2ème édition, Berne, juillet 2005, adaptée par L'INPES – janvier 2007 (27 pages)

www.inpes.sante.fr/outils_methodo/categorisation/V6%20guide_fr.pdf

Salon de Provence

A	- Restauration collective - Service d'éducation maternelle et primaire - Service des transports - Service des sports - Centre Communal d'Action Sociale - Service Communal d'Hygiène et de Santé - Communauté d'Agglomération - Chambre d'Agriculture - Agence Régionale de Santé - Associations caritatives multiples - Associations sportives multiples - Réseau Ville Hôpital - Observatoire Régional de Santé

B1	**Alim.**	- Sessions de petits déjeuners au sein de l'école - Atelier de cuisine, notamment pour les personnes âgées - Portage de repas à domicile pour personnes âgées - Petits-déjeuners pédagogiques pour les enfants - Aide alimentaire via la Fraternité Salonnaise
	A.P.	- Vélos de service pour les fonctionnaires
B2		- Utilisation de l'outil majeur que constitue la restauration collective pour développer de multiples services (portage à domicile, ateliers, etc.) - Plan Local de Santé Publique, intègre la nutrition - Partenariat ARS : financement d'associations d'aide à l'accès à la santé pour tous - Partenariats EPCI : CA dispose de la compétence des transports - Partenariats DRJSCS autour du volet santé du CUCS
B3		- Fraternité Salonaise : regroupement de 14 associations à but caritatif. (http://www.fraternite-salonaise.fr/)
B4		- Educateurs sportifs dans les écoles - IMC proposé aussi au travers des ateliers cuisine et des maisons de santé - Formation massive d'agents de la mairie

C1	**Alim.**	- Restauration collective importante - 1 menu 100% bio, une fois par mois (restauration collective) - 1 produit bio par repas tout les jours - Rencontre avec les agriculteurs locaux (primaire) - Fraich-Attitude - Salon dans son assiette - Actions de l'organisation "Salon Action Santé" - Fiches recette et autres matériels pédagogique à disposition
	A.P.	- Nombreux clubs sportifs parainés par la ville (équipements, etc) - Jardins familliaux - Plan de déplacement en entreprise - Signalétique piétonne
C2		- Présences d'importantes pistes cyclables
C3		- Portrait social infracommunal (par quartier) - Observatoire santé-social-environnement - Mise à disposition publique des données pour inciter les appels à projet - Accords avec la Protection Maternelle Infantile et le service de santé scolaire

D	- stabilisation voire abaissement des taux de surpoids et d'obésité infantile - limitation du rebond d'adiposité chez les enfants - amélioration de la qualité nutritionnelle de l'alimentation pour les enfants - amélioration de la qualité nutritionnelle de l'alimentation pour les précaires - amélioration de la qualité nutritionnelle de l'alimentation pour les personnes âgées - développement de la consommation de fruit et légumes pour tout les âges et niveaux de vie - augmentation de l'activité physique pour tout les âges et niveaux de vie

Strasbourg

A	- Restauration collective - Service d'éducation maternelle et primaire - Service des transports - Service des sports - Centre Communal d'Action Sociale - Centre Intercommunal d' Action Sociale - Service Communal d'Hygiène et de Santé - EPA - Communauté Urbaine - Chambre d'Agriculture - Agence Régionale de Santé - DRJSCS - Associations caritatives multiples - Associations sportives multiples - Réseau Ville Hôpital - Observatoire Régional de Santé - Régime Local d'Assurance Maladie

B1	**Alim.**	- Semaine du goût " l'eau du robinet", fontaines à eau dans les établissements scolaires - Village du coeur - Epicerie sociale pour les précaires - Atelier de cuisine autour du petit déjeuner en primaire
	A.P.	- Parcours du coeur, à Strasbourg cette année - Prescriptions de vélo et autres activités physique douces par les médecins - Via CCAS/CIAS et CPAM, activité physique spécialisé pour les séniors (chutes, etc.)
B2		- Utilisation du vélo naturellement plus élevé à Strasbourg que dans les autres villes françaises, à population égale. - CLS communal signé, intègre le volet nutritionnel de manière autonome (axe 1 sur l'obésité, axe 3 sur l'activité physique) - CLS de la communauté urbaine : le volet d'observation et d'analyse doit nourrir en informations les politiques nutritionnelles locales - PDU et PLU intègrent le déplacement à vélo et à pied, notamment par la création de routes spécifiques vélos, ou par la présence de signalétique piétonnes
B3		
B4		- Présence de diététiciens salariés pour former le personnel en interne - Médecine libérale, notamment organisées via des maisons médicale, sensibilisée à l'activité physique et à l'alimentation (cf. Les prescriptions)

C1	**Alim.**	- Restauration scolaire : référentiels GEMRCN et PNNS-PO, sensibilisation en interne des enfants, part de bio dans l'alimentation proposée, etc. - Soutien à l'aide alimentaire géré par les ONG - Sensibilisation et éducation des personnes âgées vis à vis de la nutrition. - Tarifs préférentiels pour les précaires dans les cantines - Brochures
	A.P.	- Nombreux clubs sportifs parainés par la ville (équipements, etc) - Jardin pédagogique (mixte alim.) - Vélo en libre accès (vélhop) - Véloparcs en lien avec les transports en commun - Nombreuses pistes cyclables - Autoroute à vélo - Signalétique piétonne sur les temps de trajets
C2		- Partenariats nombreux avec des associations spécialisées en santé - Plan Local Piéton - Plan Local Vélo
C3		- Création et mise à jour régulière d'un DDOC depuis 2008 - Observatoire alimentant le DDOC - Partenariat avec les ARS et la le Régime Local d'Assurance Malade (??) pour la récupération des statistiques de santé - Conservation des compétences en PMI et en Santé Scolaire, qui facilite les bilans de santé des enfants.

D	- stabilisation voire abaissement des taux de surpoids et d'obésité infantile - limitation du rebond d'adiposité chez les enfants - amélioration de la qualité nutritionnelle de l'alimentation pour les enfants - amélioration de la qualité nutritionnelle de l'alimentation pour les précaires - amélioration de la qualité nutritionnelle de l'alimentation pour les personnes âgées - développement de la consommation de fruit et légumes pour tout les âges et niveaux de vie - augmentation de l'activité physique pour tout les âges et niveaux de vie

Annexe 5 : Liste des Sigles utilisés

ANSES :	Agence nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ARS :	Agence Régionale de Santé
ASV :	Atelier Santé Ville
BTP :	Bâtiment et Travaux Publics
CA :	Communauté d'Agglomération
CLS :	Contrat Local de Santé
CROUS :	Centre Régional des Œuvres Universitaires et Scolaires
CU :	Communauté Urbaine
CUS :	Communauté Urbaine de Strasbourg
DDOC :	Document de Diagnostic et d'Orientation Communautaire (lié à la CU de Strasbourg)
EHESP :	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
ENNS :	Etude Nationale Nutrition Santé 2006-2007
FAO:	Food and Alimentation Organisation (ONU)
HAS :	Haute Autorité de Santé
IMC :	Indice de Masse Corporelle
INCA :	Etude Individuelle Nationales sur les Consommations Alimentaires
INPES :	Institut National d'Education et de Promotion de la Santé
INRA :	Institut National pour la Recherche Agronomique
INSERM :	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
INVS :	Institut National de Veille Sanitaire
IREPS :	Instituts Régionaux d'Education et de Promotion de la Santé
NUTRINET :	Etude NUTRItionelle par interNET
OBEPI :	Etude OBésité EPIdémiologie
OCDE :	Organisation de Coopération et de Développement en Europe
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé (ONU)
ORS :	Observatoire Régional de Santé
PLS :	Plan Local de Santé
PMS :	Plan Municipal de Santé
PNA :	Plan National Alimentation
PNNS :	Plan National Nutrition Santé
PNV :	Plan National Vélo
PO :	Plan Obésité
REP(P) OP :	Réseau de Prise en charge et de Prévention de l'Obésité Pédiatrique
RFVS :	Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS
SCHS :	Service Communal d'Hygiène et de Santé
SFSP :	Société Française de Santé Publique