



N° 1131

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 30 septembre 2008.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145 du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES,
FAMILIALES ET SOCIALES

*En conclusion des travaux de la mission
sur la prévention de l'obésité*

ET PRÉSENTÉ
PAR MME VALÉRIE BOYER,

Députée.

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	9
INTRODUCTION	10
I.- L'ÉPIDÉMIE D'OBÉSITÉ MET EN DANGER NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE	13
A. L'AUGMENTATION DE LA PRÉVALENCE DE L'OBÉSITÉ EST ALARMANTE.....	13
1. L'obésité est un défi mondial croissant de santé publique	13
<i>a) Un quart de la population mondiale est en surcharge pondérale.....</i>	13
<i>b) Deux Américains sur trois sont en surcharge pondérale et en Chine la prévalence a doublé en cinq ans.....</i>	14
<i>c) Le continent européen, avec 130 millions de personnes obèses, soit un adulte sur deux et près d'un enfant sur trois, est un des plus touchés.....</i>	15
<i>d) L'épidémie d'obésité se développe rapidement</i>	17
2. La France est aussi gravement concernée par l'épidémie d'obésité	18
<i>a) Un adulte sur deux est en surcharge pondérale et un sur six est obèse</i>	18
<i>b) Inégalement répartie, l'obésité s'accroît sur tout le territoire et augmente avec le vieillissement de la population</i>	19
<i>c) Les femmes sont particulièrement touchées par l'obésité</i>	20
<i>d) Un enfant sur cinq est en surcharge pondérale</i>	20
<i>e) Les personnes les moins favorisées sont les plus touchées par l'épidémie d'obésité</i>	21
B. L'OBÉSITÉ EST UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE CROISSANT QUI MENACE NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE.....	22
1. Les risques pour la santé liés à l'obésité sont nombreux.....	23
<i>a) L'obésité infantile est un risque majeur d'obésité adulte.....</i>	23
<i>b) L'obésité est un facteur de risque majeur de maladie chronique</i>	23
<i>c) Les risques cardiovasculaires sont multipliés par trois, comme le risque de diabète.....</i>	23
<i>d) Les problèmes respiratoires sont fréquents, de même que les problèmes rhumatologiques</i>	24
<i>e) Le lien avec certains cancers est établi</i>	24

<i>f) Les altérations de la qualité de vie sont nombreuses.....</i>	25
<i>g) Au total, la surcharge pondérale est responsable d'un grand nombre de décès.....</i>	25
2. L'obésité est une menace pour l'équilibre de notre système de protection sociale.....	25
<i>a) L'augmentation de la prévalence de l'obésité n'est pas sans lien avec l'augmentation du nombre de personnes en affection de longue durée (ALD).....</i>	26
<i>b) Le coût annuel pour l'assurance maladie de l'obésité et du surpoids est estimé à 10 milliards d'euros et 7 % de l'ONDAM.....</i>	26
<i>c) L'impact financier du surpoids est plus élevé que celui de la seule obésité.....</i>	28
<i>d) Au rythme actuel de progression de l'épidémie, le coût de l'obésité pourrait doubler d'ici 2020 et représenter près de 14 % de l'ONDAM.....</i>	29
<i>e) L'impact de l'obésité sur les finances sociales et l'économie est probablement sous-évalué.....</i>	29

II.- EN RELAI DES ACTIONS INTERNATIONALES ET EUROPÉENNES, LE PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTÉ (PNNS) A PERMIS D'ENCLANCHER UNE DYNAMIQUE POSITIVE, MAIS LES MOYENS NE SONT PAS À LA HAUTEUR DE L'ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE

A. L'ALERTE SUR LE DÉFI DE L'OBÉSITÉ A D'ABORD ÉTÉ LANCÉE PAR L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) PUIS RELAYÉE PAR L'UNION EUROPÉENNE	31
1. La charte d'Ottawa sur la promotion de la santé de 1986 a posé les bases de la prévention en santé	31
2. La Charte européenne sur la lutte contre l'obésité de l'OMS, du 16 novembre 2006, vise un renversement de tendance pour 2015 au plus tard.....	33
<i>a) L'OMS a adopté, en 2000, un premier plan d'action pour l'alimentation et la nutrition.....</i>	33
<i>b) L'OMS a ensuite adopté, en 2006, la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité.....</i>	33
<i>c) La Charte de l'OMS propose une série d'orientations pour lutter contre l'obésité.....</i>	34
<i>d) L'OMS a adopté, en septembre 2007, le deuxième plan d'action pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012 qui propose une série de mesures précises.....</i>	35
3. L'Union européenne s'est aussi mobilisée pour lutter contre l'épidémie d'obésité, mais ses moyens d'action sont limités	37
<i>a) La compétence de l'Union européenne en matière de santé publique est limitée.....</i>	37
<i>b) Dès 1990, l'Union européenne s'est intéressée au lien entre nutrition et santé.....</i>	38
<i>c) La Commission européenne a présenté, en 2005, un Livre vert sur l'alimentation et l'activité physique</i>	39

<i>d) La Commission a ensuite présenté, en 2007, un Livre blanc proposant une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité</i>	39
<i>e) La commission de l'environnement du Parlement européen a adopté, au mois de mai 2008, une proposition de résolution pour lutter contre l'obésité</i>	43
<i>f) Le volontarisme européen doit être prolongé par l'action des États membres</i>	44
B. LE PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTÉ A PERMIS D'AMORCER UNE PRISE DE CONSCIENCE DU DÉFI DE L'OBÉSITÉ, MAIS LES OBJECTIFS FIXÉS N'ONT PAS ÉTÉ ATTEINTS	45
1. Le premier PNNS 2001-2005 n'a pas permis d'obtenir de résultats significatifs sur la prévalence de l'obésité	46
<i>a) Le PNNS 1 vise à donner des repères de consommation et fixe des objectifs nutritionnels et de réduction de la prévalence de l'obésité</i>	46
<i>b) La communication publique en matière de nutrition est bien perçue</i>	48
<i>c) La prévalence de l'obésité chez les enfants semble orientée plus favorablement mais l'objectif de réduction de 20 % de l'obésité adulte n'est pas atteint</i>	49
<i>d) De fait, l'insuffisance des moyens affectés et l'absence d'une véritable évaluation conduisent à s'interroger sur l'efficacité du PNNS 1</i>	51
2. Le deuxième PNNS 2006-2010 prolonge et amplifie les actions du PNNS 1, mais reprend les mêmes objectifs en matière de prévalence de l'obésité	52
<i>a) Le PNNS 2 prend en compte les travaux de l'OPEPS et inscrit l'action nutritionnelle dans la durée</i>	52
<i>b) Le PNNS 2 est orienté vers une amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire</i>	52
3. Le développement d'actions locales est un axe stratégique majeur pour le PNNS	53
<i>a) Les collectivités territoriales sont incitées à s'engager dans l'application du PNNS</i>	54
<i>b) Le PNNS prévoit diverses actions concrètes d'animation du réseau des villes actives du PNNS</i>	54
<i>c) Le PNNS 2 vise à renforcer la qualité des actions mises en œuvre par les collectivités territoriales</i>	54
<i>d) Un programme privé de prévention de l'obésité chez les enfants, dénommé EPODE, est proposé aux communes, parallèlement au PNNS</i>	55
4. Les mesures annoncées par le gouvernement en février 2008 sont retardées par la concertation avec les professionnels de l'agroalimentaire, de la distribution et des médias	56

III.- LA LUTTE CONTRE L'ÉPIDÉMIE D'OBÉSITÉ DOIT ÊTRE UNE GRANDE CAUSE NATIONALE MOBILISANT L'ENSEMBLE DES FRANÇAIS.....	59
A. AMÉLIORER LE DÉPISTAGE PRÉCOCE DE L'OBÉSITÉ ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES OBÈSES ET EN SURPOIDS.....	61
1. Organiser le dépistage précoce de la surcharge pondérale	61
2. Améliorer la prise en charge des personnes obèses.....	63
3. Adapter les financements à la prise en charge des personnes obèses.....	67
4. Mobiliser la médecine scolaire pour dépister et prendre en charge l'obésité.....	68
5. Impliquer davantage la médecine du travail sur le thème de l'obésité.....	69
B. AMÉLIORER LA QUALITÉ NUTRITIONNELLE DE L'ALIMENTATION.....	70
1. Promouvoir l'allaitement maternel	70
2. Améliorer la qualité des repas servis en cantines scolaires et en restauration collective.....	72
3. Moduler la fiscalité des aliments en fonction de leur qualité nutritionnelle	74
4. Promouvoir la consommation des fruits et des légumes.....	77
5. Faciliter l'accès à l'eau de boisson et garantir la qualité nutritionnelle des produits premiers prix.....	78
C. GARANTIR UNE INFORMATION NUTRITIONNELLE DE QUALITÉ ET PROMOUVOIR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE.....	78
1. Déclarer « grande cause nationale 2009 » l'équilibre nutritionnel et la lutte contre l'obésité et le surpoids.....	78
2. Accroître les moyens de l'information et de l'éducation nutritionnelles.....	79
3. Fiabiliser l'information nutritionnelle	82
4. Limiter la publicité pour les produits à forte densité énergétique	83
5. Lutter contre la sédentarité et promouvoir les activités physiques et sportives	83
D. AMÉLIORER L'ÉTIQUETAGE NUTRITIONNEL ET L'ACCESSIBILITÉ DES PERSONNES DÉFAVORISÉES AUX PRODUITS NON TRANSFORMÉS, DONT LES FRUITS ET LÉGUMES.....	84
1. Mettre en place un étiquetage fondé sur le profil nutritionnel des produits	85
2. Permettre aux personnes défavorisées d'accéder plus facilement aux produits non transformés, dont les fruits et légumes.....	85
E. AGIR SUR L'ENVIRONNEMENT ET INCITER À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE	86
1. Éviter l'utilisation de produits ajoutés notoirement obésogènes.....	86
2. Faciliter la pratique d'activités physiques et sportives.....	87

F. RENFORCER L'ÉDUCATION À LA SANTÉ ET À LA NUTRITION	88
1. Inscrire l'éducation à la santé et à la nutrition dans les missions de l'école	88
2. Favoriser l'apprentissage des savoirs ménagers	89
G. DÉVELOPPER LA FORMATION EN NUTRITION ET DÉFINIR DE NOUVEAUX MÉTIERS	90
1. Améliorer la formation en nutrition des personnels des établissements scolaires et des assistantes maternelles	90
2. Organiser les métiers de la diététique et de la nutrition	91
3. Renforcer la formation en nutrition de l'encadrement sportif et définir les nouveaux métiers de l'activité physique	92
4. Créer un nouveau métier dans la distribution	93
H. RESPECTER LES DROITS DES PERSONNES OBÈSES	93
1. Lutter contre les discriminations à l'égard des personnes obèses	93
2. Respecter la diversité corporelle	96
CONCLUSION	97
LISTE DES PROPOSITIONS	99
CONTRIBUTION DES DÉPUTÉS DU GROUPE SOCIALISTE, RADICAL, CITOYEN ET DIVERS GAUCHE, MEMBRES DE LA MISSION SUR LA PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ	109
TRAVAUX DE LA COMMISSION	115
ANNEXES	129
ANNEXE N° 1 : Composition de la mission d'information	129
ANNEXE N° 2 : Liste des personnes auditionnées	131
ANNEXE N° 3 : Synthèses des auditions de la mission	137
ANNEXE N° 4 : Déplacement de la mission à Marseille	229
ANNEXE N° 5 : Glossaire	241

AVANT-PROPOS

Bien plus qu'un enjeu de santé publique, l'obésité est un véritable problème de société et un marqueur d'inégalité sociale.

Sa progression préoccupante menace notre système de protection sociale car l'obésité comme la surcharge pondérale sont directement impliquées dans l'apparition des maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, certains cancers, le diabète, les embolies pulmonaires ou l'apnée du sommeil...

Dans ce contexte, il apparaît urgent d'exprimer une volonté politique forte et d'agir le plus rapidement possible dans tous les domaines pour inverser la tendance.

Le rapport propose de faire de la lutte contre l'épidémie d'obésité et de surpoids, une grande cause nationale à l'instar de ce qui a été fait, avec succès, pour le SIDA, le cancer ou la maladie d'Alzheimer.

La lutte contre l'épidémie d'obésité va modifier notre façon de penser la santé et nous obliger à adapter l'organisation de notre système de santé. En faire une grande cause nationale peut-être l'occasion de mettre en place pour la première fois un plan national de prévention contre un risque majeur concernant de nombreuses pathologies.

Elle doit être également l'occasion d'améliorer la lutte contre les discriminations faites aux personnes obèses et de promouvoir le respect de la diversité corporelle.

Valérie BOYER

INTRODUCTION

La France, comme les autres pays, sur tous les continents, est touchée de plein fouet par l'épidémie d'obésité. Elle n'est pas, contrairement à ce que l'on entend souvent, protégée par une sorte de ligne Maginot de sa gastronomie. L'art culinaire français, qu'il faut continuer de promouvoir, n'est pas – et on peut le regretter – une protection efficace contre la surcharge pondérale.

La France, comme les autres pays, est immergée dans la mondialisation et connaît une évolution rapide des modes de vie, une dégradation des habitudes alimentaires et une diminution de l'activité physique, notamment liée au développement de la culture des écrans.

Or, le développement de l'obésité est la conséquence directe d'une alimentation trop riche et d'une dépense énergétique insuffisante. Aussi, comme dans les autres pays, depuis vingt ans, la France est touchée par le déséquilibre nutritionnel et voit le niveau de l'obésité monter, irrémédiablement.

Cette situation est alarmante et exige des réponses à la hauteur de l'enjeu.

Il y a donc urgence à agir vite et fermement pour contrer l'épidémie d'obésité.

Pour instruire ses travaux, la mission a procédé à une quarantaine d'auditions et de tables rondes mobilisant 140 personnalités et 75 organismes. Elle a également effectué un déplacement à Marseille pour nourrir ses réflexions par des observations et rencontres de terrain.

Tout au long de ses travaux, la mission a cherché à prendre la mesure de l'importance réelle des enjeux sanitaires et financiers de l'obésité. Elle a ainsi mis en évidence que l'obésité constitue, dès aujourd'hui, une grave menace pour la santé d'une majorité de Français et pour notre protection sociale (I). Elle a aussi pu constater que les premières mesures qui ont été prises dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS) ont été insuffisantes à faire refluer, ni même à endiguer, la marée montante de l'obésité (II). Sur la base de ce constat, la mission propose de faire de la lutte contre l'obésité une grande cause nationale, à l'instar de ce qui a été fait pour le cancer ou le sida. La mission formule aussi une série de propositions concrètes, réalistes et efficaces, qui s'inscrivent dans une stratégie globale et déterminée visant à inverser réellement la tendance (III).

L'obésité constitue l'un des principaux défis de santé publique.

Comme le souligne le livre blanc de la Commission européenne sur la Stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité, (30 mai 2007), « *la mauvaise alimentation et le manque d'activité physique sont les premières causes de maladies et de décès prématurés en Europe* ».

De fait, l'état nutritionnel est une composante majeure de l'état de santé des individus. Or, depuis une trentaine d'années, la relation entre nutrition et santé a changé non seulement en France mais aussi en Europe et même dans le monde.

En dépit d'une prise de conscience des autorités publiques internationales et sanitaires, l'épidémie d'obésité s'étend très rapidement dans le monde et continue de progresser en France.

Selon M. Laurent Degos, président de la Haute Autorité de santé, « *seuls les pays qui auront su maîtriser l'épidémie d'obésité pourront préserver leur système de protection sociale.* »

I.- L'ÉPIDÉMIE D'OBÉSITÉ MET EN DANGER NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE

Il est établi que la nutrition est l'un des facteurs majeurs contribuant à l'apparition de diverses pathologies. Elle n'est pas l'unique cause de ces pathologies, mais en constitue un facteur favorisant, essentiel parmi d'autres facteurs d'environnement ou génétique. Mais c'est un facteur sur lequel il est possible d'intervenir. Reconnue par l'OMS comme une maladie grave à l'origine de complications sévères, parfois mortelles, l'obésité est également un enjeu majeur de santé publique à l'échelon mondial.

A. L'AUGMENTATION DE LA PRÉVALENCE DE L'OBÉSITÉ EST ALARMANTE

Désormais, le problème de l'obésité touche tous les continents. La France, un temps relativement préservée, est désormais fortement touchée par l'épidémie d'obésité.

1. L'obésité est un défi mondial croissant de santé publique

L'organisation mondiale de la santé (OMS) soulignait, fin 2005, que le nombre de personnes en surcharge pondérale et d'obèses est en hausse partout dans le monde.

a) Un quart de la population mondiale est en surcharge pondérale

Selon l'OMS, en 2005, 1,6 milliard de personnes âgées de plus de quinze ans étaient en surcharge pondérale. Avec le développement rapide de l'obésité, en particulier en Chine mais aussi dans la plupart des pays en voie de développement où peuvent cohabiter sous-alimentation et obésité, ce chiffre est certainement dépassé aujourd'hui. L'OMS prévoit que 2,5 milliards de personnes seront en surpoids en 2015.

La surcharge pondérale, le surpoids et l'obésité

La surcharge pondérale comprend le surpoids et l'obésité. Le surpoids est une surcharge pondérale limitée alors que l'obésité est une surcharge pondérale plus importante.

L'obésité correspond à une augmentation excessive de la masse grasse de l'organisme dans une proportion telle qu'elle peut avoir une influence sur l'état de santé (définition de l'*International obesity taskforce* – IOTF, 1998).

La mesure de référence internationale actuelle est l'indice de masse corporelle (IMC), égal au rapport du poids (en kg) sur le carré de la taille (en mètres) ($IMC = P/T^2$ en kg/m^2).

Chez l'adulte, on considère que :

– un IMC inférieur à 18,5 kg/m^2 correspond au sous-poids ;

– un IMC situé entre 18,5 et 24,9 kg/m^2 , correspondant à un « poids normal », est associé au moindre risque pour la santé ;

– le « surpoids » correspond à un IMC compris entre 25 et 29,9 kg/m² ;
– « l'obésité » est définie par un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m² (IMC ≥ 30) quels que soient l'âge et le sexe ;

– « l'obésité sévère » correspond à un IMC compris entre 35 et 40 kg/m² ;

– « l'obésité massive » correspond à un IMC supérieur à 40 kg/m².

Il existe en général une bonne corrélation entre l'IMC et le pourcentage de graisse corporelle.

Mais l'IMC est avant tout une mesure de corpulence qui ne renseigne qu'imparfaitement sur la composition corporelle (masse grasse, masse maigre).

Par ailleurs, l'IMC ne mesure pas la répartition du tissu adipeux dont dépend, en partie, le risque de complications associées à l'obésité.

C'est notamment le cas de l'adiposité abdominale, mesurée par le tour de taille ou par le rapport tour de taille/tour de hanches, qui est associée à une augmentation de la mortalité cardiovasculaire.

Chez l'enfant, l'obésité est définie selon des courbes, en fonction de valeurs de l'indice de masse corporelle qui varient selon l'âge et le sexe. Chez l'enfant, l'obésité peut ainsi se définir par des valeurs supérieures au 97^e centile de la distribution de l'IMC pour une classe d'âge donnée ; par exemple, à l'âge de 10 ans, l'obésité est définie, en France, par une valeur de l'IMC supérieure ou égale à 20 kg/m² (valeur correspondant, à cet âge, au 97^e centile de la population de référence française).

b) Deux Américains sur trois sont en surcharge pondérale et en Chine la prévalence a doublé en cinq ans

Aux États-Unis, selon des données de 2004, la prévalence de la surcharge pondérale s'élevait à 66,3 % de la population.

Deux Américains sur trois étaient donc en surcharge pondérale, un sur trois étant en surpoids (34,1 %) et un sur trois étant obèse (32,2 %).

Plus d'un enfant sur trois, âgé de 6 à 17 ans, était en surcharge pondérale : 35,1 % des garçons et 36 % des filles.

En Chine, selon une étude publiée dans *Health affairs*, au mois de juillet 2008, plus d'un cinquième de la population adulte est en surcharge pondérale. 200 millions de Chinois sont en surpoids et 90 millions sont obèses. Le nombre d'obèses aurait doublé en cinq ans.

La Chine est le pays où le poids moyen des individus augmente le plus vite sur la planète. Depuis dix ans, 1,2 % des hommes deviennent obèses chaque année. Le rythme de progression y est plus rapide que dans n'importe quel pays en développement, sauf au Mexique, et plus rapide que dans les pays occidentaux.

Les affections cardiaques, pratiquement inconnues en Chine jusqu'à présent, sont devenues très courantes chez les 30-40 ans, sans oublier les cancers et les complications mortelles.

Le taux de prévalence de l'obésité pourrait doubler dès 2028 si rien n'est fait pour s'attaquer à ce problème de santé publique qui résulte de l'évolution du style de vie et d'alimentation.

Par ailleurs, selon le *China Economic*, les citoyens des grandes villes du pays et les personnes à haut revenu sont les plus exposés à l'obésité. Les zones urbaines comptent déjà 12,3 % d'obèses contre 3,1 % dans les campagnes.

Avec un développement économique très rapide, les Chinois ont en fait adopté un régime calqué sur le modèle occidental. De plus, le processus d'industrialisation et de transformation du mode de vie amène de moins en moins d'individus à utiliser le vélo au profit des déplacements motorisés. Or, on considère qu'un Chinois ayant une voiture a 80 % plus de risques de devenir obèse qu'un autre sans véhicule. En outre, une grande proportion de foyers est désormais équipée d'une télévision.

Selon M. Barry Popkin, professeur de nutrition à l'Université de Caroline du Nord et l'un des auteurs de l'étude de *Health affairs* : « *La situation de la Chine devrait être un signal de ce qui va se passer dans les autres pays en voie de développement si l'on ne fait rien* ».

c) Le continent européen, avec 130 millions de personnes obèses, soit un adulte sur deux et près d'un enfant sur trois, est un des plus touchés

Selon le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde en 2002, le continent européen possédait l'un des IMC moyens les plus élevés du monde, soit près de 26,5.

Dans les 53 pays de la Région européenne de l'OMS, la surcharge pondérale affectait un adulte sur deux et un enfant sur cinq, en 2005. Près de 400 millions d'adultes étaient en surcharge pondérale et on comptait environ 130 millions d'obèses.

Selon les pays, entre 25 % et 75 % de la population adulte étaient en surcharge pondérale. La prévalence de l'obésité était de 30 % chez les femmes et oscillait entre 5 et 20 % chez les hommes.

De 10 % à 30 % des enfants étaient en surcharge pondérale et environ un quart d'entre eux étaient obèses et susceptibles de contracter un diabète de type 2, des maladies cardiaques et d'autres maladies chroniques avant ou au début de l'âge adulte.

Selon les données les plus récentes collectées dans les 27 pays de l'Union européenne et publiées par l'*International Obesity taskforce* (IOTF), au mois de juillet 2008, la prévalence du surpoids chez les adultes est de 35,9 % et celle de l'obésité de 17,2 %. Au total, la prévalence de la surcharge pondérale s'élève à 53 % de la population.

L'IOTF estime ainsi que dans l'Union européenne, 211 millions de d'adultes sont en surcharge pondérale (113 millions d'hommes et 98 millions de femmes), dont 143 millions sont en surpoids (82 millions d'hommes et 61 millions de femmes) et 68,5 millions obèses (37 millions de femmes et 31 millions d'hommes).

Prévalence de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité chez les adultes dans l'Union européenne

Pays l'UE	année de l'enquête	Hommes (en %)			Femmes (en %)		
		Surpoids*	obésité**	total	surpoids*	obésité**	total
Royaume-Uni	2006	44,7	24,9	69,5	32,9	25,2	58,0
Allemagne	2003	45,5	20,5	66,0	29,5	21,1	50,6
France	2006	41,0	16,1	57,1	23,8	17,6	41,4
Espagne	2003	46,7	13,9	60,6	30,6	15,1	45,7
Pays-Bas	1998-2002	43,5	10,4	53,9	28,5	10,1	38,6
Italie	2005	42,5	10,5	53,0	26,1	9,1	35,2
Grèce	2003	41,2	26,0	67,1	29,9	18,2	48,1
Malte	2003	46,5	22,9	69,4	34,3	16,9	51,2
Ensemble des 27	-	42,8	16,2	59,0	29,5	18,1	47,5

Source : IOTF

* indice de masse corporel (IMC) compris entre 25 et 29,9

** indice de masse corporel (IMC) supérieur à 30

Au Royaume-Uni, selon des données de 2004, la prévalence de la surcharge pondérale chez les adultes s'élevait à 65,8 % et touchait donc deux Anglais sur trois, mais, à la différence des États-Unis, la prévalence de l'obésité était moins élevée (23,2 %) que celle du surpoids (42,6 %).

En Europe, les taux d'obésité sont en général plus élevés dans les pays d'Europe du Sud que dans ceux d'Europe du Nord parce que l'alimentation méditerranéenne traditionnelle y est remplacée par davantage d'aliments transformés riches en matières grasses, sucre et sel.

En comparaison aux autres grands pays européens, la situation de la France n'apparaît pas significativement plus favorable. Elle est placée dans une position intermédiaire, entre, d'une part, le Royaume Uni, l'Allemagne et l'Espagne où la prévalence de la surcharge pondérale est un peu plus forte, et, d'autre part, l'Italie qui présente des indicateurs moins élevés.

La Commission européenne estime que la prévalence de l'obésité dans l'UE à 27 atteindra 20,1 % en 2020. Elle ajoute cependant qu'il s'agit d'une

« prédiction prudente » dans la mesure où l'obésité et la surcharge pondérale affectent de plus en plus les enfants.

Prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants dans l'Union européenne

Pays de l'UE	année de l'étude	Classes d'âges	Garçons (en %)	Filles (en %)
Royaume-Uni	2004	5-17 ans	29,0	29,3
Allemagne	2003-2006	7-17 ans	17,0	16,7
France	2006	11-14 ans	25,3	16,5
Espagne	2000-2002	13-14 ans	34,0	32,0
Pays-Bas	1997	5-17 ans	8,8	11,8
Italie	1993-2001	5-17 ans	26,6	24,8
Grèce	2003	13-17 ans	29,6	16,1
Malte	2001-2002	13-15 ans	30,9	20,1

Source : IOTF

Sur 75 millions d'enfants vivant dans l'Union européenne, 22 millions sont en surpoids, soit 29 % d'entre eux ou encore près de un sur trois, et 5,1 millions sont obèses, soit 6,8 %.

En outre, il y aurait 400 000 enfants obèses supplémentaires en Europe chaque année.

En comparaison avec les principaux pays européens, la prévalence de la surcharge pondérale chez les garçons français est plutôt élevée alors que celle des filles est plutôt plus faible.

d) L'épidémie d'obésité se développe rapidement

L'augmentation de l'obésité en Europe est rapide. Depuis les années 80, la prévalence, de l'obésité a plus que triplé dans un grand nombre de pays européens. L'OMS estime que si l'épidémie continue de se développer au même rythme, environ 150 millions d'adultes seront obèses en 2010 dans la région européenne, soit une augmentation de 4 millions par an et 20 millions en cinq ans. L'OMS note aussi la tendance nette à une augmentation forte dans les pays qui présentent traditionnellement des pourcentages peu élevés de surcharge pondérale et d'obésité, comme la France, la Norvège et les Pays-Bas.

L'épidémie se répand aussi très rapidement chez les enfants pour lesquels la hausse s'est accélérée au cours des dernières années. La croissance annuelle de la prévalence qui était d'environ 0,2 % au cours des années 70 est passée à 0,6 % dans les années 80 et à 0,8 % au début des années 90. Dans certains pays, elle a même atteint 2 % au début des années 2000.

Au cours des dernières décennies, l'épidémie a gagné du terrain en raison de la mutation de l'environnement culturel, physique et socioéconomique. Au sein de la population, un déséquilibre énergétique s'est installé à cause du recul spectaculaire de l'activité physique et de la modification radicale des habitudes alimentaires, avec une absorption accrue d'aliments et de boissons à haute densité énergétiques et pauvres en nutriments (contenant une forte teneur en graisses saturées et matières grasses totales, en sel et en sucres) associée à une consommation insuffisante de fruits et de légumes. En outre, selon l'OMS, les deux tiers de la population adulte de la plupart des pays de la Région européenne n'ont pas une activité physique suffisante pour obtenir et conserver des gains de santé.

2. La France est aussi gravement concernée par l'épidémie d'obésité

En France, la corpulence a fortement augmenté depuis 1981, avec une forte accélération depuis les années 1990. Cette évolution concerne aussi bien les jeunes que les plus âgés. Toutefois, ce développement de la surcharge pondérale n'a pas touché également toutes les catégories sociales.

a) Un adulte sur deux est en surcharge pondérale et un sur six est obèse

Selon les résultats de l'enquête nationale nutrition santé (ENNS) de 2006, dont les résultats ont été publiés au mois de décembre 2007, **la prévalence de la surcharge pondérale chez les adultes est de 49,3 %.**

La prévalence de l'obésité est de 16,9 % et celle du surpoids (sans compter l'obésité) est de 32,4 %.

On peut donc considérer qu'un Français adulte sur deux est en surcharge pondérale, soit près de 25 millions de personnes, et que plus d'un adulte sur six est obèse, soit environ 8 millions de personnes.

La prévalence de l'obésité sévère (IMC compris entre 35 et 40) est de 3,4 % (1,7 million de personnes) et celle de l'obésité morbide (IMC supérieur à 40) est estimée à 1 % (500 000 personnes).

Une enquête réalisée par l'Institut de recherche et de documentation en santé (IRDES) indiquait qu'en 1990 la prévalence de l'obésité et du surpoids s'élevait respectivement à 6,3 % et 32,2 %. L'enquête santé de l'INSEE portant sur les années 1991 et 1992 donnait des chiffres très proches : 6,1 % et 32,5 %. Sur la base de ces données, on pourrait conclure à un quasi-triplement de la prévalence de l'obésité.

Il faut cependant être prudent dans la comparaison des résultats de l'ENNS de 2006 avec les résultats des enquêtes plus anciennes. En effet, l'ENNS est la première étude réalisée sur l'état nutritionnel en France métropolitaine à partir de

données anthropométriques mesurées et donc plus fiables que les résultats des études antérieures fondées sur des données déclaratives et dont il est considéré qu'elles conduisent à une sous-estimation de la corpulence, liée aux déclarations biaisées de poids (sous-estimation) et de taille (surestimée).

On peut donc dire que, au cours de la dernière quinzaine d'années, la prévalence de l'obésité chez les adultes a plus que doublé.

Les enquêtes nationales Obepi sur l'obésité et le surpoids, effectuées tous les trois ans, permettent, à partir de données déclaratives, de suivre le rythme de progression de la prévalence de l'obésité. Celle-ci est passée de 8,2 % en 1997 à 9,6 % en 2000, à 11,3 % en 2003 et à 12,4 % en 2006.

Entre 1997 et 2003, la prévalence de l'obésité a ainsi augmenté de 5 % par an. Entre 2003 et 2006, et si l'on fait l'hypothèse que le biais déclaratif est d'effet constant, la prévalence a augmenté sur un rythme très légèrement ralenti d'environ 4 %.

Sur la base des données déclaratives d'Obepi et d'un rythme d'évolution de la prévalence de 5 % par an, la France pourrait compter 25 % d'obèses en 2018, soit un adulte sur quatre.

Par ailleurs, on peut noter qu'en 2006 la prévalence de l'obésité résultant des mesures anthropométriques de l'ENNS était de plus d'un tiers (+ 36 %) supérieure à celle issue des données déclaratives de l'enquête Obepi (12,4 % contre 16,9 %).

Sur la base des données de l'ENNS 2006 et sous l'hypothèse d'un taux de progression de 4 % (mesuré par l'enquête Obepi entre 2003 et 2006, mais qui demande à être confirmé), la France pourrait compter près de 30 % d'adultes obèses en 2020.

Comme sur la période 1991-2006, cela correspondrait à un nouveau doublement de la prévalence de l'obésité en une quinzaine d'années.

La nouvelle enquête ENNS qui doit être effectuée en 2009 permettra de vérifier si la légère inflexion du rythme de progression de l'épidémie enregistrée dans les données déclaratives est confirmée ou non.

b) Inégalement répartie, l'obésité s'accroît sur tout le territoire et augmente avec le vieillissement de la population

Le nombre de personnes obèses augmente dans toutes les régions mais c'est dans l'Est et le Nord que la prévalence de l'obésité est la plus élevée et dans la zone méditerranéenne que la prévalence est la plus faible. Les disparités entre zones géographiques se sont accrues au cours des deux dernières décennies.

Par ailleurs, la corpulence des hommes vivant en milieu rural est plus importante que celle de ceux qui vivent en milieu urbain. On ne note pas la même différence pour les femmes.

Chez les hommes comme chez les femmes, la prévalence de l'obésité augmente avec l'âge pour atteindre 24 % chez les 55-74 ans, c'est-à-dire une personne sur quatre.

c) Les femmes sont particulièrement touchées par l'obésité

Selon l'enquête nationale ENNS de 2006, la prévalence de l'obésité est un peu plus élevée chez les femmes (17,6 %) que chez les hommes (16,1 %). À l'inverse, la prévalence du surpoids est nettement plus importante chez les hommes (41 %) que chez les femmes (24 %). Au total, la prévalence de la surcharge pondérale est de 57,1 % chez les hommes et de 41,6 % chez les femmes.

Selon les enquêtes fondées sur des données déclarées par les personnes, depuis 1992, la corpulence des femmes augmente quel que soit leur âge et d'autant plus fortement que les générations sont jeunes, ce qui peut faire craindre une accentuation dans les prochaines années.

Les résultats de l'étude Mona Lisa, publiés par l'Institut Pasteur de Lille au mois de juin 2008, donnent des chiffres plus élevés. Cette étude a été menée, entre 2005 et 2007, dans trois régions (Haute-Garonne, Bas-Rhin et région de Lille) pour mesurer les facteurs de risques cardiovasculaires.

Selon cette étude, entre 35 et 74 ans, deux tiers des hommes (67,1 %) et la moitié des femmes (50 %) sont en surcharge pondérale. Par ailleurs, 20,6 % des hommes et 20,8 % des femmes sont obèses.

Ces données permettent d'éclairer les projections déjà évoquées. À cet égard, les auteurs de l'enquête concluent ainsi : « *Comparées aux données de prévalence fournies par l'étude Obepi, habituellement utilisées, les chiffres correspondant au sexe et à chaque classe d'âge de Mona Lisa sont supérieurs de 30 %. Il faut donc veiller à ne pas sous estimer l'obésité et la surcharge pondérale en France.* »

d) Un enfant sur cinq est en surcharge pondérale

En 2005, l'OMS estimait que « *l'épidémie (de surcharge pondérale) se répand à des taux particulièrement alarmants chez les enfants.* » et elle citait l'exemple de la France où la prévalence de surcharge pondérale et d'obésité infantile est passée de 3 % en 1960 à 16 % en 2000.

L'enquête nationale ENNS de 2006 indique que près d'un enfant sur cinq est en surcharge pondérale : 3,5 % sont obèses, soit près de 450 000 enfants de moins de 15 ans, et 14,3 % sont en surpoids, soit environ 1,7 million d'enfants.

Par ailleurs, une étude menée avec l'Éducation nationale chez les enfants de CE1-CE2 âgés de 7 à 9 ans semble montrer une stabilisation de la prévalence de la surcharge pondérale, avec une prévalence du surpoids de 18,1 % et de l'obésité de 4 %.

Toutefois, il serait prématuré d'en déduire une stabilisation de l'obésité infantile. Il ne s'agit pour l'instant que d'une tendance statistique affirmée sur deux mesures successives dans le temps. Une troisième mesure *a minima* serait nécessaire avant de pouvoir affirmer une réelle stabilisation.

En outre, derrière cette stabilisation apparente globale, se cache un creusement des inégalités socio-économiques particulièrement préoccupantes. En effet, comme pour les adultes, il existe une différence entre les enfants issus de catégories aisées pour lesquels la tendance est à la diminution et ceux issus de catégories défavorisées dont la fréquence de l'obésité continue à croître légèrement.

e) Les personnes les moins favorisées sont les plus touchées par l'épidémie d'obésité

Les choix alimentaires sont déterminés tant par les préférences individuelles que par les facteurs socio-économiques. La position sociale, le revenu et le niveau d'éducation sont des déterminants clés de l'alimentation adoptée et de l'activité physique pratiquée. Les moins favorisés ont tendance à consommer plus de céréales raffinées, de viande grasse, de matière grasse et de sucre, alors que les plus instruits mangent davantage de fruits, de légumes et de poissons. De même, les personnes les moins favorisées adoptent généralement un mode de vie plus sédentaire.

Aussi, les trois dernières enquêtes sur la santé et les soins médicaux réalisées par l'INSEE au cours des vingt dernières années montrent un accroissement des inégalités en matière d'obésité et de surpoids. L'augmentation de l'obésité a touché tous les milieux sociaux, mais dans des proportions différentes.

La prévalence de l'obésité est ainsi différente selon le niveau de vie. On note ainsi une surreprésentation de l'obésité chez les plus pauvres et l'écart s'accroît avec les plus aisés. Cette différence est particulièrement marquée chez les femmes. Plus le niveau de vie d'une femme est faible, plus elle est corpulente. Pour les hommes, au contraire, ceux qui ont le niveau de vie le plus faible sont en moyenne un peu moins corpulents que ceux dont le niveau de vie est élevé.

Cette disparité est le signe que les différences de pratiques et de valorisation de la silhouette selon les milieux sociaux se doublent d'un effet de genre.

La prévalence de l'obésité est plus importante chez les agriculteurs, les ouvriers, les artisans, les commerçants, les chefs d'entreprise et les employés que

chez les cadres et les inégalités entre les populations favorisées et défavorisées continuent de se creuser. La prévalence de l'obésité peut être double ou triple de la moyenne nationale dans les milieux défavorisés. Aussi, moins une personne est diplômée, plus le risque est grand qu'elle soit obèse. Les moins diplômés sont les plus corpulents.

La prévalence de l'obésité est particulièrement élevée chez les personnes qui bénéficient de l'aide alimentaire, particulièrement chez les femmes (30 %). Ce taux est équivalent à ce que l'on observe dans les populations défavorisées aux États-Unis.

Si les différences de corpulence, et en particulier l'obésité, sont pour une part liées à des facteurs génétiques, ces derniers ne peuvent expliquer la brusque augmentation de la corpulence, laquelle tient davantage à des facteurs sociaux, économiques et culturels. Les personnes qui vivent dans un même milieu partagent en effet un mode de vie et des habitudes dont la corpulence est le reflet.

Les études montrent que le très léger ralentissement – qui demande à être confirmé – de la prévalence de l'obésité concerne essentiellement les catégories aisées de la population. Ainsi, l'obésité qui était une maladie de riches tend à devenir, de plus en plus, une maladie de pauvres. Cela s'explique notamment par le fait que les populations défavorisées sont moins réceptives aux messages d'équilibre nutritionnel et de prévention de l'obésité, mais aussi par le fait qu'une alimentation équilibrée, riche en fruits, en légumes, en poisson et en céréales complètes coûte plus cher qu'une alimentation de forte densité énergétique et de faible densité nutritionnelle. Un constat vérifié par toutes les auditions de la mission.

B. L'OBÉSITÉ EST UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE CROISSANT QUI MENACE NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE

Le développement de l'obésité constitue une épidémie d'un nouveau type. En effet, le surpoids et l'obésité sont de très importants facteurs de risque pour les principales maladies non transmissibles.

L'épidémie d'obésité se développe en raison de la mutation de l'environnement culturel, physique et socioéconomique. L'obésité résulte en effet d'un déséquilibre entre l'apport alimentaire et la dépense énergétique. Or le déséquilibre énergétique s'est installé à cause du recul spectaculaire de l'activité physique et de la modification des habitudes alimentaires, avec une absorption accrue de boissons sucrées et d'aliments et à haute densité énergétique et pauvres en nutriments (contenant une forte teneur en graisses saturées et matières grasses totales, en sel et en sucres) associée à une consommation insuffisante de fruits et de légumes.

1. Les risques pour la santé liés à l'obésité sont nombreux

Selon l'OMS, le risque de maladie et de mortalité prématurées augmente progressivement à partir d'un indice de masse corporelle de 20 à 22.

a) L'obésité infantile est un risque majeur d'obésité adulte

Il faut en effet souligner qu'en cas d'obésité infantile, le risque d'obésité à l'âge adulte est de 80 %.

Or, selon l'OMS environ un quart des enfants accusant un surpoids sont également obèses et susceptibles de contracter un diabète de type 2, des maladies cardiaques et d'autres affections chroniques avant ou au début de l'âge adulte.

b) L'obésité est un facteur de risque majeur de maladie chronique

Selon l'OMS, une alimentation déséquilibrée et le manque d'exercice physique sont à l'origine de 6 des 7 principaux facteurs de risques de maladie en Europe.

L'obésité est en effet un des facteurs majeurs contribuant à la survenue ou l'aggravation de multiples pathologies chroniques, souvent graves et répandues. Elle n'est pas l'unique cause de ces pathologies, mais en constitue un facteur favorisant essentiel parmi d'autres facteurs d'environnement ou génétique. L'obésité augmente les risques de comorbidité.

L'obésité est reconnue par l'OMS comme une maladie grave à l'origine de complications sévères et parfois mortelles.

Selon l'enquête Obepi de 2006 (données obtenues par interrogatoire et non mesurées), les personnes obèses déclarent plus fréquemment être traitées pour un facteur de risque vasculaire : 31 % pour l'hypertension artérielle, 24,3 % pour la dyslipidémie, 9,9 % pour diabète de type II.

Divers rapports et études indiquent que l'obésité contribue de façon importante à l'apparition des maladies chroniques d'origine métabolique tels que les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, les troubles du rythme, certains cancers, le diabète, les embolies pulmonaires ou l'apnée du sommeil.

c) Les risques cardiovasculaires sont multipliés par trois, comme le risque de diabète

- Les risques cardiovasculaires

L'obésité et le surpoids sont associés à un excès de morbi-mortalité d'origine essentiellement cardiovasculaire dans la plupart des populations.

L'obésité est un facteur de risque d'hypertension artérielle (HTA). La tension artérielle augmentant avec le poids, on retrouve trois fois plus

d'hypertendus chez les sujets obèses que chez les non obèses, et parmi les sujets obèses un sur trois sont hypertendus, particulièrement après 45 ans.

L'athérome ou dépôts de graisse sur les artères des personnes obèses expose aux complications cardiaques telles que l'infarctus du myocarde ou cérébrales tel que l'accident vasculaire cérébral (risque multiplié par 2 chez les sujets obèses). La présence de graisses sur les artères constitue aussi un risque important d'hypertension artérielle.

- Le risque de diabète

Plus la quantité de graisses dans le corps est importante plus l'organisme a besoin d'insuline. Au-delà d'un seuil, la production d'insuline est dépassée et apparaît alors un développement du diabète.

Une personne obèse s'expose à un risque trois fois plus important d'être diabétique qu'une personne non obèse.

Par ailleurs, on sait que plus de 80 % des diabètes de type 2 peuvent être attribués à l'obésité. Le développement de l'épidémie d'obésité explique donc en grande partie l'augmentation très forte du nombre de diabétiques.

L'excès de sucre expose aussi à l'hypertension artérielle, aux infarctus cardiaques, aux AVC, aux problèmes d'ophtalmologie et de risques de plaies cutanées notamment des pieds.

d) Les problèmes respiratoires sont fréquents, de même que les problèmes rhumatologiques

L'obésité est souvent la cause des apnées du sommeil qui sont des pauses respiratoires de 5 ou 10 secondes. Environ une personne obèse sur quatre souffre d'apnée du sommeil.

Les problèmes rhumatologiques liés à l'obésité peuvent être très handicapants. Les douleurs qui en résultent sont en effet fréquentes et la sédentarité entretient le surpoids. Les lésions d'arthrose sur les hanches, genoux et vertèbres doivent être prises en charge rapidement.

e) Le lien avec certains cancers est établi

Différentes études ont montré une relation entre excès de poids et cancer. Tous les types de cancer seraient impliqués, aussi bien celui de l'estomac, que celui de la prostate ou du rein chez l'homme ou du sein et de l'utérus chez la femme.

A contrario, le rapport du Haut conseil de la santé publique (HCSP) de 2000 intitulé « pour une politique nutritionnelle de santé publique en France » indique que le risque de cancer est moindre si l'IMC est compris entre 18,5 et 25 et si on évite un gain de poids pendant toute la vie supérieur à 5 kg.

f) Les altérations de la qualité de vie sont nombreuses

L'excès de graisse comprime souvent le réseau veineux. Il est à l'origine à l'origine de jambes lourdes, de varices et de phlébites altérant la qualité de vie.

L'obésité peut aussi entraîner des handicaps physiques et des difficultés d'insertion dans les lieux de vie communs : regard des autres, lieux de transport, difficulté d'insertion professionnelle, d'accès aux droits. Elle est donc également source de déstabilisation psychosociale et de souffrances psychiques qui peuvent être graves et difficiles à traiter.

Enfin, l'obésité majore le risque opératoire et le risque de complications post-opératoires.

g) Au total, la surcharge pondérale est responsable d'un grand nombre de décès

Il est établi que l'obésité réduit, en moyenne, l'espérance de vie de dix années.

Selon le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde en 2002, un IMC supérieur à 21 était à l'origine de 10 % à 13 % de tous les décès et de 8 % à 15 % des années vécues avec une invalidité et des années perdues à la suite d'une mortalité prématurée dans la région européenne, soit des taux généralement plus élevés que dans le reste du monde.

Pour sa part, l'Union européenne considère que la mauvaise alimentation et l'inactivité physique sont les premières causes de maladies évitables et de décès prématurés en Europe. On estime que près d'un million de décès en Europe sont imputables au surpoids et à l'obésité. Et que 40 % des pertes d'années de vie en bonne santé sont directement liées à des déterminants nutritionnels.

2. L'obésité est une menace pour l'équilibre de notre système de protection sociale

Lors de son audition par la mission, M. Laurent Degos, président de la Haute Autorité de santé, a déclaré que : « *seuls les pays qui auront su maîtriser l'épidémie d'obésité pourront préserver leur système de protection sociale.* »

De fait, alors que l'épidémie d'obésité continue de progresser rapidement, les coûts de l'obésité connaissent la même progression et pèsent de plus en plus lourdement sur nos finances sociales et représentent une grave menace pour l'équilibre de notre système de protection sociale.

a) L'augmentation de la prévalence de l'obésité n'est pas sans lien avec l'augmentation du nombre de personnes en affection de longue durée (ALD)

Avec un rythme de progression de l'épidémie de 4 %, le nombre de personnes obèses augmente de 320 000 chaque année. Avec un taux de 5 %, l'augmentation est de 400 000 nouvelles personnes obèses chaque année.

On ne peut qu'être frappé par le fait que l'évolution du nombre de personnes obèses correspond pratiquement à l'augmentation du nombre de personnes bénéficiant du régime des affections de longue durée – ALD – (+ 320 000 en 2007). Il y a d'ailleurs un lien entre l'obésité et les principales maladies chroniques prises en charge par les ALD. Ainsi, M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la CNAMTS, a indiqué, lors de son audition par la mission, que les personnes obèses ou en surpoids représentent les trois quarts des diabétiques traités, des hypertendus et des personnes ayant une dyslipidémie.

À cet égard, il faut rappeler :

– d'une part, que les ALD représentent 60 % des dépenses d'assurance maladie et sont le principal facteur d'augmentation des dépenses puisque les ALD contribuent pour deux tiers à la croissance globale du volume de soins,

– d'autre part, que les quatre principaux groupes de maladies affectant les personnes en ALD (maladies cardiovasculaires 2,1 millions de personnes, cancer 1,4 million, diabète 1,2 million et affections psychiatriques 0,8 million) représentent 70 % des patients en ALD et totalisent 44 % des dépenses d'assurance maladie.

Or, les dépenses effectuées au titre des maladies cardiovasculaires, du cancer et du diabète et dont le risque d'en être atteint est fortement augmenté par l'obésité sont aussi les plus dynamiques.

L'OMS estime que 80 % des maladies cardiaques, des AVC et du diabète de type 2 ainsi que 40 % des cancers pourraient être évités si les facteurs de risque connus liés au mode de vie (y compris le tabagisme) étaient éliminés.

On comprend, dès lors, l'importance de la maîtrise du développement de l'obésité.

b) Le coût annuel pour l'assurance maladie de l'obésité et du surpoids est estimé à 10 milliards d'euros et 7 % de l'ONDAM

Aux États-Unis, les CDC (*Centers for disease control and prevention*) ont évalué les dépenses de soins de santé liées à l'obésité à 75 milliards de dollars, au début des années 2000.

L'OMS estimait, en 2006, que, dans la région européenne, l'obésité et la surcharge pondérale chez les adultes représentaient jusqu'à 6 % des dépenses de santé.

La Commission européenne, dans son livre vert intitulé « promouvoir une alimentation saine et l'activité physique » et publié en décembre 2005, indique que « *outre les souffrances humaines qu'elle génère, l'incidence croissante de l'obésité a des répercussions économiques particulièrement importantes. D'après les estimations, l'obésité motive, dans l'Union européenne, jusqu'à 7 % des dépenses de santé publique – un chiffre qui continuera d'augmenter vu la tendance croissante à l'obésité* ».

Pour ce qui concerne la France, selon une étude publiée dans *La presse médicale*, en juin 2007, concernant les assurés adultes des trois principaux régimes de sécurité sociale, les coûts médicaux directs dus à l'obésité et aux facteurs de risque associés étaient estimés entre 2,6 et 5,1 milliards d'euros en 2002.

La largeur de la fourchette s'explique par le fait que deux populations ont été étudiées : d'une part, les patients obèses ayant un IMC supérieur à 30, d'autre part, les patients obèses ou en surpoids ayant un IMC supérieur à 27. À la première population (définition restreinte) correspondent les estimations basses, à la seconde population (définition plus large) correspondent les estimations hautes. En outre, ces estimations ont été établies sur la base d'une prévalence de l'obésité chez les adultes de 10,7 % pour la première population, ce qui correspond à environ 6,5 millions de personnes, et de 16 % pour la seconde population, correspondant à environ 9,5 millions de personnes.

Le coût de l'obésité pour l'assurance maladie, si l'on ajoute les indemnités journalières d'arrêt de travail aux frais de soins, était estimé entre 2,1 et 6,2 milliards d'euros.

Cela représente entre 1,5 % et 4,6 % de la dépense courante de santé. Ces résultats sont supérieurs à ceux obtenus dans des études antérieures : entre 0,7 % et 2 % pour les seuls coûts directs, en 1992.

En revanche, ils sont très proches de ceux estimés dans les pays occidentaux comme les États-Unis, la Suède, les Pays-Bas et l'Australie. Dans une étude publiée en 1999, le coût de l'obésité pour ces pays était en effet évalué entre 2 % et 5 % du total des dépenses de santé. Le coût de l'obésité en France semble donc se rapprocher de celui des pays où l'obésité a une forte prévalence.

En 2002, la consommation moyenne de soins et de biens médicaux d'un individu obèse s'élevait à environ 2 500 euros, soit deux fois plus que celle d'une personne de poids normal (1 263 euros). Le surcoût pour l'assurance maladie attribuable à l'obésité était du même ordre. Avec les indemnités journalières d'arrêt de maladie, le surcoût pour l'assurance maladie était encore majoré de plus de la moitié.

En outre, les auteurs de l'étude publiée dans *La presse médicale* précisent que, pour plusieurs raisons, les résultats présentés du surcoût associé à l'obésité sous-estiment l'effet réel de l'obésité sur les dépenses de santé (consommations médicales ambulatoires et hospitalières non comptabilisées ou sous-estimées, enquêtes de population fondées sur les déclarations des patients conduisant à des omissions et à des sous-estimations).

Par ailleurs, cette étude était fondée sur une prévalence de l'obésité de 10,7 % en 2002. En 2006, la prévalence mesurée par l'enquête nationale ENNS était de 16,9 %. Sur la base de ce dernier chiffre, l'estimation du coût de l'obésité serait probablement plus proche de 7 à 8 % des dépenses de santé.

Pour sa part, M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a indiqué à la mission que le coût annuel de la prise en charge de l'obésité par l'assurance maladie est de 4 milliards d'euros et de 10 milliards d'euros si on ajoute le surpoids. Ces montants représentent respectivement un peu plus de 3 % et près de 7 % de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2008 (152 milliards d'euros).

Le rapport de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), transmis par le gouvernement au Parlement au mois d'août 2008, concernant « la pertinence et la faisabilité d'une taxation nutritionnelle » fait état d'une appréciation divergente des membres de la mission IGF-IGAS sur les dépenses de l'assurance maladie liées aux déséquilibres de l'alimentation. L'IGAS chiffre « le surcoût de l'obésité » aux alentours de 5 milliards d'euros tandis que pour l'IGF, ce coût s'établit au minimum entre 11,5 et 14,5 milliards d'euros.

L'estimation de l'IGF prend en compte une partie des soins imputables à la consommation excessive d'alcool. En outre, l'IGF précise que la fourchette haute de son estimation reste très inférieure aux remboursements effectués par l'assurance maladie aux personnes en surpoids et obèses au titre des affections de longue durée, identifiées comme ayant un lien avec la nutrition.

Force est de constater la tendance des études successives à réévaluer sensiblement à la hausse le coût de l'obésité pour l'assurance maladie.

c) L'impact financier du surpoids est plus élevé que celui de la seule obésité

Il résulte des chiffres énoncés ci-dessus que le coût de la surcharge pondérale représente deux fois et demi le coût de la seule obésité. Si l'on considère que le surpoids est un peu moins coûteux que l'obésité, ce chiffrage est cohérent avec la différence de prévalence de l'obésité – qui représente environ un tiers de la prévalence de la surcharge pondérale – et du surpoids qui représente les deux autres tiers.

L'impact financier du surpoids est donc plus élevé que celui de l'obésité. Ce constat implique que les politiques publiques ne doivent pas se focaliser sur la seule obésité mais prendre en compte le défi de la surcharge pondérale dans son ensemble. Considéré individuellement, le surpoids peut apparaître moins grave que l'obésité. En fait, il génère pour la collectivité des coûts très importants pour le système de santé, d'autant que la personne en surpoids devient souvent obèse.

d) Au rythme actuel de progression de l'épidémie, le coût de l'obésité pourrait doubler d'ici 2020 et représenter près de 14 % de l'ONDAM

Sur la base d'une hypothèse d'augmentation de 4 % ou 5 % par an, la prévalence de l'obésité passerait de 16,9 % en 2006 à près de 30 % en 2020. Avec des conditions de prise en charge et de coûts inchangées, ce quasi-doublement de la prévalence de l'obésité pourrait entraîner un doublement du coût de la surcharge pondérale en France. Ce dernier pourrait alors représenter environ 13 % à 14 % de l'ONDAM.

Dans cette hypothèse, l'obésité absorberait une part croissante des moyens affectés par la collectivité à la couverture des risques de santé et constituerait un facteur de déséquilibre de nos finances sociales encore plus important qu'aujourd'hui. Une charge qui serait probablement difficilement supportable.

Cette simple projection devrait suffire à justifier une action urgente, plus déterminée et plus efficace.

e) L'impact de l'obésité sur les finances sociales et l'économie est probablement sous-évalué

L'enjeu que représente l'obésité est vraisemblablement encore sous-estimé.

Les effets multiples et de différentes natures de la surcharge pondérale sur les personnes et les coûts qu'ils entraînent sont mal mesurés.

Si le lien entre l'obésité et le développement de certaines maladies est de mieux en mieux établi, les mesures visant à permettre d'évaluer le coût réel sont insuffisantes, voire inexistantes.

La surcharge pondérale et l'obésité ne sont pas systématiquement codées lors de la délivrance des soins et donc identifiées de manière exhaustive dans les systèmes d'information.

De même, les répercussions sur la qualité de vie des personnes liées aux discriminations (embauche, carrière, assurance...) dont elles sont souvent victimes, les difficultés liées à la vie sociale et familiale ainsi que le malaise psychosocial et les problèmes psychologiques qui peuvent en résulter ne sont pas évalués. Cette question est d'ailleurs complexe puisque les difficultés

psychosociales peuvent être la cause ou bien la conséquence de la surcharge pondérale.

Par ailleurs, les études ne prennent pas en compte les coûts supplémentaires, qui sont difficiles à évaluer, liés par exemple au mal de dos, à la dépression, à la souffrance physique, à la perte de qualité de vie, au manque d'estime de soi, à la dégradation des comportements en matière de santé.

Les coûts directs estimés de l'obésité ne prennent pas non plus en compte la baisse de productivité due aux incapacités et à la mortalité prématurée ni les coûts sociaux immatériels tels que les faibles performances scolaires. Les études ne prennent généralement pas en compte les conséquences de la prise de poids chez les enfants.

Toutefois, dans la fiche d'analyse d'impact publiée par la Commission européenne sur le livre blanc pour une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité, il est précisé qu'en 2002 les coûts annuels directs et indirects totaux de l'obésité dans l'Union européenne à quinze ont été estimés à 32,8 milliards d'euros, soit 0,3 % du PIB de l'Union européenne. Si l'on extrapole ce chiffre pour l'adapter à l'Union européenne à vingt-cinq, en utilisant les chiffres du PIB de 2005, le coût de l'obésité serait de 40,5 milliards d'euros par an et le coût de l'obésité et du surpoids s'élèverait, pour l'Union européenne à vingt-cinq, à 81 milliards d'euros. Le fait d'ajouter le coût du surpoids double le coût de l'obésité. Il est en outre estimé que les coûts indirects sont supérieurs aux coûts directs.

Par ailleurs, les coûts de la surcharge pondérale pourraient être supérieurs à ceux entraînés par le tabagisme. Cela peut logiquement s'expliquer par le fait que les conséquences néfastes de la surcharge pondérale pour la santé et la vie socio-économique sont souvent plus nombreuses et plus durables, et peuvent, au total, être plus graves que celles liées au tabagisme. Le cumul d'inconvénients sociaux et de santé peut ainsi entraîner de coûts de traitement plus importants.

Même si les souffrances liées aux problèmes nutritionnels sont difficilement mesurables, il serait souhaitable que des efforts soient faits pour mieux appréhender l'ensemble des retentissements provoqués par la surcharge pondérale sur la qualité de vie des personnes et les coûts économiques et sociaux directs et indirects qu'elle suscite.

II.- EN RELAI DES ACTIONS INTERNATIONALES ET EUROPÉENNES, LE PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTÉ (PNNS) A PERMIS D'ENCLANCHER UNE DYNAMIQUE POSITIVE, MAIS LES MOYENS NE SONT PAS À LA HAUTEUR DE L'ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE

Depuis le début de ce siècle, la prise de conscience progressive de l'enjeu que représente l'obésité a conduit les pouvoirs publics à engager une action organisée pour lutter contre la progression de ce fléau.

A. L'ALERTE SUR LE DÉFI DE L'OBÉSITÉ A D'ABORD ÉTÉ LANCÉE PAR L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) PUIS RELAYÉE PAR L'UNION EUROPÉENNE

1. La charte d'Ottawa sur la promotion de la santé de 1986 a posé les bases de la prévention en santé

La première conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté, le 21 novembre 1986 une charte, appelée « Charte d'Ottawa », « *en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.* »

La Charte pose, en fait, les bases de la prévention en santé et constitue encore aujourd'hui une référence dans ce domaine. En outre, la Charte invite à lutter contre une alimentation déséquilibrée et constitue ainsi les prémices d'une politique nutritionnelle.

La Charte indique que la promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Elle a donc bien une visée préventive et proactive. L'objectif est de parvenir à un bien-être complet, c'est-à-dire un bien-être physique, mental et social. Une des conditions indispensables pour y parvenir est notamment de : « *pouvoir se nourrir convenablement.* »

À cet effet, il est recommandé aux pouvoirs publics de mettre en place une politique de promotion de la santé qui associe différentes approches et une action coordonnée pouvant se traduire par des mesures législatives, financières et fiscales et des changements organisationnels.

Pour atteindre l'objectif de promotion de la santé, la Charte souligne que l'évolution des modes de vie, de travail et de loisirs doit être une source de santé pour la population ; elle invite à l'évaluation systématique des effets sur la santé d'un environnement en évolution rapide et incite à créer des environnements favorables à la santé. La Charte ajoute que pour atteindre une meilleure santé, il faut renforcer l'action communautaire, c'est-à-dire la participation et le contrôle public en matière de santé. Cela exige notamment un accès total et permanent à l'information et une éducation pour la santé permettant l'acquisition et le

perfectionnement des aptitudes individuelles indispensables à la vie. La promotion de la santé doit ainsi donner aux personnes davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement pour les rendre mieux aptes à faire des choix judicieux.

La Charte ajoute : *« Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les organismes professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes. »*

La Charte estime ensuite que la recherche d'une vie plus saine suppose une conception élargie de la santé qui fasse intervenir, à côté du secteur de la santé proprement dit, d'autres composantes de caractère social, politique, économique et environnemental. Cela passe notamment par une réorientation des services de santé dans le sens de la prévention et de la promotion de la santé.

Dans cette logique, les participants à la conférence d'Ottawa s'engagent notamment : *« à lutter contre les pressions en faveur de produits dangereux... de conditions et de cadres de vie malsains et une alimentation déséquilibrée », à lutter contre les inégalités de santé et « à établir des stratégies et des programmes de promotion de la santé. »*

Au-delà de ce texte fixant la philosophie de la prévention en santé qui appelle à la mise en place d'une stratégie de santé plus globale et à la responsabilisation des personnes, on recourt, dans un but plus opérationnel, à deux définitions de la prévention en santé.

Les deux définitions de la prévention en santé

La première définition – encore très usitée en France – a tendance à disparaître au profit de la seconde.

Selon la définition « classique », la prévention en santé désigne *« l'ensemble des mesures visant à empêcher les maladies d'apparaître, ou permettant de les dépister à un stade précoce, plus accessible de ce fait à la thérapeutique »*. La prévention est généralement liée à l'existence d'une maladie ou d'un problème de santé.

Plusieurs types de prévention sont distingués, qui impliquent des projets différents en fonction des objectifs visés :

– la prévention primaire a pour objectif d'éviter l'apparition des maladies ; ainsi, en prévention primaire du tabagisme à l'école, on recherchera à inciter les enfants à éviter ou à retarder le plus longtemps possible le premier contact avec la cigarette ;

– la prévention secondaire a pour objectif d'éviter l'aggravation ou le développement des troubles chez une personne atteinte. La maladie existe déjà, mais il est possible de la juguler, d'éviter son aggravation en la détectant précocement.

– la prévention tertiaire a pour objectif de prévenir les récurrences et les complications, pour aider les personnes atteintes à vivre au mieux de leurs possibilités.

Aujourd'hui, la distinction classique entre prévention primaire, secondaire et tertiaire, commence à être remplacée par les notions de « prévention généralisée » ou « universelle », de « prévention sélective » et de « prévention indiquée ».

Les interventions dites « généralisées » sont destinées à la population générale ou tout du moins à des groupes qui n'ont pas été sélectionnés sur la base d'un risque défini.

La prévention « sélective » vise un sous-groupe d'individus ayant un risque significativement plus élevé que la moyenne de développer un trouble.

La prévention « indiquée » s'adresse aux sujets qui ont des signes d'appel en restant en deçà des critères diagnostics.

Cette seconde définition est davantage fondée sur l'analyse et la gestion du risque.

Quelle que soit la définition retenue, le champ de la prévention est très large et autorise la mise en place d'actions diversifiées.

2. La Charte européenne sur la lutte contre l'obésité de l'OMS, du 16 novembre 2006, vise un renversement de tendance pour 2015 au plus tard

a) L'OMS a adopté, en 2000, un premier plan d'action pour l'alimentation et la nutrition

En septembre 2000, l'OMS a adopté le premier Plan d'action pour l'alimentation et la nutrition pour la région européenne de l'OMS 2000-2005 qui demandait l'élaboration de politiques alimentaires et nutritionnelles dans les États membres.

Depuis lors, un tiers des États membres de la Région Europe ont élaboré des politiques sur l'alimentation et la nutrition et presque tous ont adopté des documents qui portent sur la nutrition et la sécurité sanitaire des aliments.

En outre, depuis 2000, plusieurs autres accords internationaux concernant l'alimentation, la nutrition et l'activité physique ont été élaborés.

b) L'OMS a ensuite adopté, en 2006, la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité

La Charte européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité a été adoptée à Istanbul, le 17 novembre 2006.

La Charte appelle notamment « à relever le défi toujours plus menaçant que représente l'épidémie d'obésité pour la santé, les économies nationales et le développement... à renforcer les mesures de lutte contre l'épidémie... et à améliorer l'efficacité des politiques ».

La Charte souligne aussi que le déséquilibre énergétique s'est installé à cause du recul spectaculaire de l'activité physique et de la modification radicale des habitudes alimentaires, avec une absorption accrue d'aliments à haute densité énergétique. Elle ajoute qu'« une prédisposition génétique ne peut, à elle seule,

expliquer l'épidémie d'obésité sans de tels changements dans l'environnement culturel, physique et socioéconomique ».

Faisant le constat qu'aucun pays n'a encore réussi à juguler l'épidémie, l'OMS affirme que l'épidémie a un caractère réversible et qu'il est possible de renverser la tendance et de venir à bout de cette épidémie. Elle estime que si des choix plus favorables à la santé sont faits, des progrès décelables, surtout en ce qui concerne les enfants et les adolescents, devraient pouvoir être atteints en quatre à cinq ans dans la plupart des pays, et qu'il devrait être possible de renverser la tendance pour 2015 au plus tard.

Selon la Charte, pour peu que s'affirme une volonté contre cette maladie non transmissible, l'amélioration de l'alimentation et l'intensification de l'activité physique peuvent permettre de diminuer la surcharge pondérale et l'obésité et avoir un impact considérable, et souvent rapide, sur la santé publique.

c) La Charte de l'OMS propose une série d'orientations pour lutter contre l'obésité

La Charte formule ensuite une série d'orientations relatives à la prévention et à la prise en charge de l'obésité.

Mesures de prévention préconisées par la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité de l'OMS, du 16 novembre 2006

1. Mesures générales de prévention de l'obésité

Alléger les pressions exercées par le marketing, notamment en ce qui concerne les enfants ; promouvoir l'allaitement maternel ; garantir l'accès aux produits alimentaires plus favorables à la santé, dont les fruits et les légumes, ainsi que leur disponibilité ; prendre des mesures économiques facilitant les choix alimentaires plus favorables à la santé ; mettre à la disposition du public des infrastructures abordables pour les activités récréatives et l'exercice, avec encadrement pour les groupes socialement défavorisés ; diminuer la teneur en graisses, en sucres libres (notamment les sucres ajoutés) et en sel des produits transformés ; veiller à un étiquetage adéquat comportant des informations nutritionnelles ; promouvoir la marche et la pratique du vélo par l'amélioration de l'aménagement urbain et des politiques de transport ; mettre en place, dans le contexte local, des moyens motivant la population à exercer une activité physique pendant son temps libre ; fournir des aliments plus favorables à la santé et créer des possibilités de pratiquer quotidiennement une activité physique et de bénéficier d'une éducation à la nutrition et d'une éducation physique à l'école ; aider et motiver les gens à adopter de meilleurs modes d'alimentation et à avoir une activité physique au travail ; élaborer/amender les principes directeurs nationaux en matière d'alimentation et d'activité physique ; et promouvoir des changements de comportement en matière de santé adaptés à l'individu.

2. Mesures relatives à la prévention de l'obésité chez les personnes qui sont déjà en surcharge pondérale, et donc à haut risque, et au traitement de l'obésité pathologique

Prévoir un dépistage précoce et une prise en charge de la surcharge pondérale et de l'obésité dans le cadre du système des soins de santé primaires ; assurer la formation à la prévention de l'obésité pour les professionnels de la santé ; publier des consignes cliniques pour le dépistage et le traitement ; éviter toute stigmatisation ou toute survalorisation des personnes obèses, à tout âge.

3. Mesures efficaces pour favoriser la consommation d'aliments plus favorables à la santé et les niveaux d'activité physique

Offrir des fruits gratuitement à l'école, fixer des prix abordables pour les aliments plus favorables à la santé ; permettre l'accès accru à ces aliments sur les lieux de travail et dans les zones où règnent de mauvaises conditions socioéconomiques ; créer des voies prioritaires pour les vélos, encourager les enfants à se rendre à l'école à pied ; améliorer l'éclairage des rues ; promouvoir l'usage des escaliers et la réduction du temps passé devant la télévision.

La Charte appelle enfin à la mise en place d'un plan européen et de plans d'action nationaux.

d) L'OMS a adopté, en septembre 2007, le deuxième plan d'action pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012 qui propose une série de mesures précises

À la suite de la Charte de 2006, l'OMS a adopté en septembre 2007, le deuxième plan d'action pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012. Ce plan concerne la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité alimentaire.

Il rappelle notamment que *« les médias, la publicité, le secteur de la distribution et l'industrie alimentaire influent sur les choix nutritionnels, parfois dans le sens opposé à ce que recommandent les spécialistes de la santé publique »* et que *« de même, l'urbanisme décourage un transport sûr et actif, tandis que l'augmentation du temps de loisir centré sur la télévision et les ordinateurs favorise la sédentarité, ce qui ajoute le manque d'activité physique aux autres problèmes de santé. »*

Il souligne ensuite les insuffisances des plans nationaux qui *« s'attaquent rarement à l'ensemble complexe de facteurs qui influent sur le régime alimentaire... et le mode de vie »* et présente *« un ensemble cohérent d'actions intégrées »*.

Le deuxième plan d'action de l'OMS fixe ainsi quatre buts sanitaires (réduire la prévalence des maladies non transmissibles liées au régime alimentaire, inverser la tendance en matière d'obésité parmi les enfants et les adolescents, réduire la prévalence des carences en micronutriments et réduire l'incidence des maladies d'origine alimentaire) et cinq buts nutritionnels.

Les 5 buts nutritionnels fixés par le deuxième plan d'action pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012 de l'OMS

- apport énergétique journalier provenant d'acides gras saturés inférieur à 10 % ;
- apport énergétique journalier provenant d'acides gras trans (produits par l'hydrogénation industrielle partielle des acides gras insaturés contenus dans les huiles végétales) inférieur à 1 % ;
- apport énergétique journalier provenant de sucres libres inférieur à 10 % ;
- consommation journalière d'au moins 400 grammes de fruits et légumes ;
- consommation journalière de sel inférieure à 5 grammes.

Le deuxième plan d'action de l'OMS demande aussi de fixer des objectifs – à adapter selon les pays – en matière d'allaitement maternel : au moins 50 % de nourrissons bénéficiant d'un allaitement exclusif au cours de six premiers mois et maintien de l'allaitement jusqu'à l'âge d'un an.

Le plan propose ensuite un ensemble de mesures précises concernant la nutrition, la prévention et la prise en charge de l'obésité dans six domaines d'action.

Les mesures du deuxième plan d'action pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012 de l'OMS concernant la nutrition, la prévention et la prise en charge de l'obésité

1. Favoriser un départ sain dans la vie : favoriser une nutrition optimale du fœtus, favoriser l'allaitement maternel, éducation scolaire à la nutrition et activité physique, repas scolaires sains, distribution de fruits et légumes dans les écoles, approvisionnement en eau potable ;

2. Assurer un approvisionnement durable en aliments sûrs et sains : améliorer la disponibilité et l'accessibilité financières des fruits et légumes, favoriser la modification de la composition des principaux produits alimentaires afin de réduire la teneur en sel, en sucres ajoutés et en acides gras *trans*, favoriser la disponibilité de produits sains, améliorer la qualité nutritionnelle des aliments dans les établissements publics en adoptant des principes directeurs et des règles concernant l'achat d'aliments, veiller à la conformité à des recommandations diététiques des produits alimentaires fournis à titre commercial en agissant sur la localisation des établissements de restauration, des magasins alimentaires de détail et des distributeurs automatiques, en élaborant des principes directeurs, des règlements volontaires et des systèmes de récompenses relatifs aux produits offerts et aux promotions sur les points de vente concernant par exemple la taille de la portion, le prix, la localisation du produit, la publicité, l'utilisation d'outils économiques – taxes, subventions – pour influencer l'accessibilité financière des boissons et des aliments en tenant compte de leurs effets sur les différents groupes socioéconomiques, mettre en place des programmes ciblés pour la protection des groupes vulnérables... ;

3. Assurer une information et une éducation complète des consommateurs : élaborer des recommandations diététiques qui tiennent compte des sensibilités culturelles et religieuses, du prix et de la disponibilité des aliments, élaborer des principes directeurs relatifs à l'activité physique, mener des campagnes destinées à informer les consommateurs, veiller au respect de pratiques appropriées en matière de promotion des produits alimentaires notamment auprès des enfants, favoriser un étiquetage approprié et compréhensible sur les caractéristiques des produits et un contrôle sur les allégations d'effets bénéfiques sur la santé ;

4. Agir de façon intégrée sur les déterminants connexes : accroître les possibilités de pratiquer une activité physique en facilitant l'intégration de l'activité physique dans la vie quotidienne et dans tous les lieux scolaires, de travail, de loisirs, de transport, en incitant les urbanistes à veiller à ce que les services et l'emploi soient situés à une distance des habitations qu'il soit possible de parcourir à pied ou à vélo, réduire la consommation de l'alcool, encourager la consommation d'eau plutôt que d'autres boissons non alcooliques ;

5. Améliorer la nutrition et la sécurité sanitaire des aliments dans le secteur de la santé : inciter le personnel de soins primaires à procéder à des évaluations nutritionnelles et à donner des conseils sur l'alimentation, la sécurité sanitaire des aliments et l'activité physique : surveillance de la croissance des nourrissons et des enfants, mesure du poids et évaluation diététique chez les adultes, protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel, mesures favorisant un régime alimentaire équilibré et un comportement physiquement actif grâce à un renforcement des capacités et à la mise en place d'incitations ; améliorer les règles et principes directeurs concernant la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies nutritionnelles, en établissant des services nutritionnels efficaces pour les patients hospitalisés et ambulatoires, en veillant à une couverture adéquate de la population, en intégrant une aide en matière de nutrition aux protocoles de traitement relatifs à

diverses maladies, en révisant les programmes de formation des futurs professionnels de santé, en mettant en place et en faisant respecter les programmes d'accréditation pour les professionnels de santé qui participent au diagnostic et au traitement des maladies nutritionnelles, en favorisant la fourniture d'aliments destinés à une utilisation diététique spéciale et en créant des systèmes d'autorisation relatifs à la commercialisation des suppléments diététiques ;

6. Surveillance, évaluation et recherche : mettre en place des systèmes de surveillance sur l'état nutritionnel, la disponibilité et la consommation d'aliments, les modes d'activité physique et les maladies d'origine alimentaire, évaluer les effets des programmes et des politiques visant à réduire la charge des maladies d'origine alimentaire et liées à la nutrition en mettant en place des indicateurs des apports, des activités et des produits dans différents groupes socioéconomiques de la population et en calculant le rapport coût/efficacité des interventions ; un organisme indépendant devrait suivre les caractéristiques de l'environnement alimentaire, notamment la qualité nutritionnelle, les prix des aliments et le marketing ; il faudrait également évaluer les effets des politiques sectorielles sur la santé et la nutrition, en utilisant les méthodes d'évaluation des effets sur la santé, de façon à améliorer la collaboration interministérielle afin d'intégrer la santé dans toutes les politiques qui visent le régime alimentaire, l'approvisionnement en aliments ou la sécurité sanitaire des aliments ; améliorer la recherche publique et privée pour permettre de mieux comprendre le rôle de la nutrition, de la sécurité sanitaire des aliments et des facteurs liés au mode de vie dans l'apparition des maladies et la prévention de celles-ci, décrire les aspects sociologiques et culturels de la consommation d'aliments, évaluer les effets des techniques de marketing social, les nouveaux moyens de communication et les différents systèmes d'étiquetage sur les choix diététiques des consommateurs, en particulier dans les groupes socioéconomiques les moins favorisés.

Le deuxième plan d'action de l'OMS évoque aussi la possibilité de créer par chaque pays un organisme indépendant, tel qu'un conseil national de l'alimentation et de la nutrition, pour favoriser la définition d'une politique nationale alimentaire et nutritionnelle et la coordination de l'action intersectorielle dans ce domaine. L'OMS insiste également sur la nécessité d'intégrer pleinement la nutrition dans la prévention des maladies, d'éviter les conflits d'intérêts dans la définition des programmes nutritionnels nationaux et d'affecter des ressources suffisantes à leur mise en œuvre et notamment à la prévention.

Un premier rapport triennal d'application du plan d'action de l'OMS doit être établi en 2010.

3. L'Union européenne s'est aussi mobilisée pour lutter contre l'épidémie d'obésité, mais ses moyens d'action sont limités

a) La compétence de l'Union européenne en matière de santé publique est limitée

En application des articles 152 et 153 du traité instituant la Communauté européenne, les domaines de la santé et de la protection des consommateurs ne relèvent pas de la compétence exclusive de la Communauté européenne.

En conséquence, conformément au principe de subsidiarité, la Communauté peut prendre des mesures dans les domaines de la santé publique et de la protection des consommateurs qui ne peuvent pas être prises par les États membres. Les actions de la Communauté peuvent seulement appuyer ou compléter les mesures adoptées par les États membres. La marge de la

Communauté pour agir dans ces domaines est donc limitée. La responsabilité principale relève des États membres.

b) Dès 1990, l'Union européenne s'est intéressée au lien entre nutrition et santé

Dès le début des années 1990, l'Union européenne s'est préoccupée du lien entre la nutrition et la santé. Le Conseil a pris sur ce sujet des résolutions et formulé des conclusions. On peut notamment citer la résolution du 3 décembre 1990 concernant une action communautaire sur la nutrition et la santé et les conclusions du Conseil du 15 mai 1992 sur ce même sujet.

À la fin de l'année 2000, le Conseil a adopté une nouvelle résolution sur la santé et la nutrition (résolution du Conseil, du 14 décembre 2000). Cette résolution met l'accent sur l'intégration de la santé nutritionnelle, non seulement dans le premier programme 2003-2008 d'action communautaire dans le domaine de la santé publique, mais également dans les autres politiques communautaires ayant un impact sur la santé nutritionnelle telles que l'agriculture.

La résolution « *note* » d'abord la place de plus en plus importante accordée à la restauration collective et à la consommation d'aliments pré préparés. Elle « *constate* » ensuite les conséquences d'une nutrition inadaptée et estime que l'état de santé de la population peut être protégé et amélioré en agissant sur la nutrition. Puis, elle « *invite* » les États membres à développer les capacités de la population à faire des choix éclairés de consommation, en promouvant des attitudes et des habitudes alimentaires favorables à la santé, à associer tous les acteurs concernés à la réflexion sur la santé nutritionnelle et à mettre en œuvre des recommandations en matière de santé nutritionnelle sur la base d'une expertise scientifique solide.

La résolution ajoute que dans le cadre du Livre blanc sur la sécurité alimentaire, « *la Commission envisage l'élaboration d'une politique nutritionnelle globale et cohérente, ainsi que la présentation d'un plan d'action concernant des orientations en matière de régimes alimentaires.* »

Mais tous ces actes, non obligatoires, n'ont pas de caractère législatif.

De fait, pendant toutes les années qui se sont écoulées depuis 1990, l'épidémie de surcharge pondérale a continué de progresser.

Plus récemment, au mois de mai 2004, alors que l'OMS et l'Organisation des nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) se réunissaient pour définir une stratégie mondiale commune en matière d'alimentation, d'exercice physique et de santé, la Commission européenne encourageait l'Europe à dire « *halte à l'obésité* ».

M. David Byrne, alors commissaire chargé de la santé et de la protection des consommateurs, déclarait craindre « *que l'obésité soit au XXI^e siècle ce que le*

tabac fut au XX^e siècle » et se félicitait de voir la stratégie commune de l'OMS et de la FAO donner un nouvel élan « *au combat contre les kilos en trop* ».

La Commission européenne a d'abord établi un réseau d'experts en alimentation et en activité physique provenant des États membres. Puis, en 2005, elle a mis en place une plate-forme européenne d'action pour la nutrition, l'activité physique et la santé destinée à rassembler tous les acteurs intéressés dans le but de définir un cadre d'action commun fondé sur des engagements contraignants et vérifiables pour interrompre et renverser la tendance à l'excès de poids et l'obésité. Cette plate-forme était envisagée comme un moyen d'action non juridique ayant pour objectif d'établir une relation de confiance entre les principales parties prenantes.

c) La Commission européenne a présenté, en 2005, un Livre vert sur l'alimentation et l'activité physique

En décembre 2005, la Commission a présenté un Livre vert intitulé « *promouvoir une alimentation saine et l'activité physique : une dimension européenne pour la prévention des surcharges pondérales, de l'obésité et des maladies chroniques* » exposant ses premières idées sur une stratégie d'ensemble de lutte contre l'obésité. Ce Livre vert qui s'interrogeait notamment sur la façon de s'attaquer au « *tissu de mauvaises habitudes* » a été le point de départ d'une vaste consultation dont les résultats ont été présentés en septembre 2006.

d) La Commission a ensuite présenté, en 2007, un Livre blanc proposant une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité

Le 30 mai 2007, la Commission a adopté un Livre blanc intitulé « *Une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité* » comportant un ensemble de mesures portant sur l'alimentation, mais aussi la promotion de l'activité physique et de modes de vie sains. L'objectif est que la mauvaise alimentation et le manque d'activité physique ne soient plus les premières causes de maladies évitables et de décès prématurés en Europe.

À cet effet, la Commission privilégie une intégration généralisée des politiques en matière d'alimentation et de consommation mais également dans le domaine du sport, de l'éducation et des transports. Elle préconise la « *transversabilité des mesures* » et une « *stratégie axée sur le partenariat* », l'implication des parties prenantes lui paraissant constituer une des clés de la réussite.

La Commission prévoit notamment ***d'améliorer l'information des consommateurs*** : révision de la réglementation en matière d'étiquetage nutritionnel, nouvelle réglementation concernant les allégations des fabricants au sujet de leurs produits, amélioration du cadre réglementaire en matière de publicité et de marketing, création de codes de conduite pour la publicité responsable et le

marketing, notamment grâce à la corégulation, l'autorégulation et au respect des critères de l'Alliance européenne pour l'éthique en publicité (AEEP), avec évaluation en 2010 de l'efficacité de la démarche et, le cas échéant, changement de stratégie, campagnes d'information et d'éducation spécifiques à destination des publics vulnérables, en coopération avec les États membres.

Afin de faciliter la prise en compte du critère « santé » dans les choix des denrées alimentaires et d'aider les consommateurs à effectuer des choix éclairés pour parvenir à une alimentation équilibrée, la Commission a présenté, le 30 janvier 2008, une proposition de règlement concernant l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires.

Présentation de la proposition de règlement concernant l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires

Cette proposition vise à simplifier et renforcer les diverses dispositions en vigueur sur ce sujet. Le texte prévoit une harmonisation de l'étiquetage pour les denrées alimentaires préemballées susceptibles de faire l'objet d'échanges intracommunautaires.

Différentes directives, dont notamment celles concernant l'étiquetage des denrées alimentaires (2000/13/CE) et l'étiquetage nutritionnel (90/496/CEE), sont rassemblées en un seul règlement.

Sur le fond, la proposition introduit d'abord l'obligation de mentionner cinq éléments nutritionnels essentiels : la valeur énergétique et la teneur en lipides, en acides gras saturés, en glucides, avec une référence spécifique aux sucres, et en sel, pour 100 g ou 100 ml ou encore par portion. Afin d'éviter que le consommateur ne se sente submergé par un excès d'informations et de ne pas imposer de contraintes excessives aux entreprises, la mention d'autres nutriments figurant sur une liste prédéfinie (acides gras trans, acides gras mono-insaturés, acides gras polyinsaturés, polyols, amidon, fibres alimentaires, protéines, sels minéraux ou vitamines) est facultative. Il est cependant prévu la possibilité pour la Commission de modifier les deux listes.

La proposition de règlement prévoit aussi que l'étiquetage des caractéristiques nutritionnelles obligatoires doit être placé dans la partie principale du champ visuel pour le consommateur final, c'est-à-dire, en principe, sur la face avant de l'emballage.

Par ailleurs, il est prévu que les éléments obligatoires doivent être déclarés en relation avec les apports journaliers de référence ou recommandés (AJR), c'est-à-dire en pourcentage des AJR. Toutefois, d'autres formes de présentation complémentaires, notamment sous forme graphique, peuvent être adoptées par les États membres. La Commission estime en effet que l'uniformité totale des étiquettes dans l'Union européenne n'est pas forcément nécessaire ni souhaitable pour atteindre les objectifs poursuivis.

La « déclaration nutritionnelle », d'accès rapide et aisé, sous une forme facilement identifiable et compréhensible, doit permettre au consommateur d'apprécier les propriétés nutritionnelles des denrées alimentaires.

Il est aussi précisé que, sauf indication expresse prévue par le règlement, les États membres ne doivent pas adopter d'autres dispositions que celles fixées par celui-ci dans le domaine qu'il harmonise. Les États membres peuvent ainsi prendre, sauf avis défavorable de la Commission, des dispositions prévoyant des mentions obligatoires complémentaires justifiées par la protection de la santé publique ou la protection des consommateurs. Les États membres peuvent aussi, dans le respect des exigences essentielles du règlement communautaire, prendre des dispositions complémentaires non contraignantes concernant la déclaration nutritionnelle et la présentation de celle-ci.

La proposition de règlement prévoit un délai de trois ans pour l'application des dispositions relatives à la déclaration nutritionnelle et de cinq ans pour les très petites entreprises.

Par ailleurs, l'Union européenne a adopté une législation destinée à réglementer l'utilisation des allégations nutritionnelles et de santé par les entreprises qui commercialisent des aliments.

Présentation du règlement (CE) n° 1924/2006 du Parlement et du Conseil du 20 décembre 2006 concernant les allégations nutritionnelles et de santé portant sur les denrées alimentaires

L'objectif est d'éviter que les consommateurs ne soient induits en erreur et que toute allégation vantant les mérites nutritionnels ou les avantages pour la santé d'un produit soit scientifiquement justifiée.

Le texte vise ainsi à améliorer la qualité des informations mises à la disposition des consommateurs afin de leur permettre d'effectuer plus facilement des choix alimentaires sains. Le texte est applicable depuis le 1^{er} juillet 2007.

Les denrées alimentaires mises sur le marché avant cette date devront être conformes aux nouvelles dispositions, à compter du 1^{er} août 2009. Il est également prévu que l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) peut formuler des avis sur les profils nutritifs des aliments comportant des allégations de santé et contrôler l'application des nouvelles dispositions.

En outre, les dispositions de la directive « télévisions sans frontières » (TSF), du 3 octobre 1989, relatives à la publicité et à la communication commerciale pour les denrées alimentaires ont été modifiées, au mois de décembre 2007.

Dispositions de la directive « télévisions sans frontières » (TSF) concernant la communication commerciale pour les denrées alimentaires

La directive TSF prévoit que les communications commerciales (publicité, parrainage, téléachat et placement de produit) ne doivent pas encourager des comportements préjudiciables à la santé.

Dans cette logique, la directive interdit toute communication commerciale pour les produits du tabac, les traitements médicaux et médicaments disponibles uniquement sur ordonnance et limite la communication commerciale pour les boissons alcooliques.

En outre, la directive du 11 décembre 2007, qui a modifié la directive TSF, a ajouté des dispositions demandant aux États membres d'inciter les médias audiovisuels à élaborer des codes déontologiques concernant la communication commerciale pour les produits alimentaires non recommandés, notamment riches en gras, sel et sucre, dans les programmes pour enfants (point 2 de l'article 3 *sexies* de la directive du 3 octobre 1989).

Le Livre blanc sur la nutrition et l'obésité prévoit aussi de ***rendre l'alimentation saine plus accessible*** notamment s'agissant des fruits et légumes : encouragement à la distribution de la surproduction aux établissements d'enseignement publics et aux centres de vacances pour enfants, campagnes destinées aux jeunes consommateurs, aide à la distribution de fruits à l'école, étude en 2008 sur la reformulation des denrées alimentaires, c'est-à-dire la modification de la composition des produits manufacturés.

Le Livre blanc prévoit également ***d'encourager l'activité physique*** en développant les possibilités de pratiquer des sports organisés et les « *modes de déplacement actifs* ». La Commission indique qu'elle va ériger l'activité physique bienfaisante pour la santé en pierre angulaire de ses activités liées au sport et

souligne l'importance de prendre des mesures proactives pour inverser la tendance à la baisse enregistrée dans les niveaux d'activité physique.

La Commission a adopté, en juillet 2007, un Livre blanc sur le sport dont le premier objectif est d' « *améliorer la santé publique par l'activité physique* ». Il propose aussi d'élaborer, avec les États membres, de nouvelles lignes directrices concernant l'activité physique, avant la fin de l'année 2008.

La Commission a aussi présenté un Livre vert, en septembre 2007, intitulé « vers une nouvelle culture de la mobilité urbaine », qui vise notamment à favoriser les plans de transports urbains durables et à promouvoir la marche et le vélo. Un plan d'action doit être décidé en 2008.

Par ailleurs, le Livre blanc sur la nutrition et l'obésité recommande de mener des **actions ciblées sur les groupes et environnements prioritaires**. À cet effet, l'éducation nutritionnelle et l'éducation physique des jeunes enfants, qui ont prouvé leur efficacité, sont des actions prioritaires du programme 2007-2013 pour l'éducation et la formation tout au long de la vie.

La Commission a aussi décidé de lancer une étude sur la relation entre obésité et statut socio-économique dans le but de définir des mesures plus efficaces concernant les groupes sociaux défavorisés.

Le Livre blanc préconise aussi ***l'implication des acteurs privés*** afin de promouvoir des habitudes alimentaires saines auprès des consommateurs en favorisant le choix d'une alimentation saine en la rendant plus accessible – notamment grâce à la reformulation des produits manufacturés – et abordable (promotions sur les produits sains et à bas prix), contribuer à l'encouragement des activités sportives, promouvoir des modes de vie sains auprès de leurs salariés sur les lieux de travail, cibler les groupes prioritaires et mettre en place un partenariat non commercial entre les écoles et les acteurs privés.

Le Livre blanc vise encore à ***développer la recherche sur l'obésité*** afin d'approfondir la connaissance des déterminants des choix alimentaires et à ***développer l'évaluation*** des programmes d'action.

Le Livre blanc rappelle que, lorsqu'ils ont souscrit à la charte de l'OMS, les États membres de l'Union européenne se sont engagés en termes de résultats : « *dans les quatre ou cinq prochaines années à venir, la plupart des pays devraient avoir réalisé des progrès tangibles, notamment au niveau des enfants et des adolescents, et inverser la tendance avant 2015 au plus tard* ».

Le Livre blanc appelle enfin les États membres à prendre des mesures allant dans le même sens que celles proposées et prévoit un examen des progrès accomplis dans la lutte contre l'obésité et les problèmes liés à la nutrition, en 2010. Il est souligné que « *dans le cas particulier des mesures d'autoréglementation de l'industrie, l'examen devra en évaluer la mise en œuvre et les effets.* »

Le deuxième programme 2008-2013 d'action communautaire dans le domaine de la santé, d'octobre 2007, relaie les objectifs du Livre blanc (décision n° 1350/2007/CE du Parlement et du Conseil du 23 octobre 2007). Il vise notamment à éviter toute dégradation supplémentaire de la santé, à réduire les inégalités de santé, à prévenir des maladies majeures et à la réduction de leur incidence ainsi que de la morbidité et la mortalité qu'elles occasionnent. À cet effet, il est prévu de prendre des mesures concernant les facteurs essentiels tels que l'alimentation et l'activité physique.

e) La commission de l'environnement du Parlement européen a adopté, au mois de mai 2008, une proposition de résolution pour lutter contre l'obésité

À la suite de la présentation par la Commission de son Livre blanc, la commission de l'environnement, de la santé publique et de la sécurité alimentaire du Parlement européen a adopté une proposition de résolution pour lutter contre le « véritable fléau » du surpoids.

Propositions de la commission de l'environnement, de la santé publique et de la sécurité alimentaire du Parlement européen pour lutter contre l'obésité, présentées au mois de mai 2008

Le rapport d'initiative sur le Livre blanc, présenté par M. Alessandro Foglietta, a été adopté à l'unanimité par la commission de l'environnement, de la santé publique et de la sécurité alimentaire, le 27 mai 2008. Il préconise une approche globale et formule une série de propositions précises et concrètes concernant six thèmes.

Lutter contre les graisses dès le plus jeune âge

La commission de l'environnement demande de donner la priorité à la lutte contre le surpoids des enfants et, à cet effet, propose de modifier les programmes scolaires afin d'assurer qu'une alimentation équilibrée et l'exercice physique deviennent partie intégrante du comportement de l'enfant ; d'améliorer la qualité et les normes nutritionnelles des repas servis dans les écoles et les jardins d'enfants, notamment en distribuant des fruits et légumes frais dans les distributeurs automatiques des écoles ; d'abandonner la vente d'aliments et de boissons riches en matières grasses, en sel et en sucre, et de pauvre valeur nutritionnelle, et de limiter et contrôler le parrainage et la publicité pour ces produits.

Un étiquetage avec un code couleur à l'avant du paquet

La commission de l'environnement souhaite des informations complètes, visibles, claires et compréhensibles sur les étiquettes des denrées alimentaires, soutien l'initiative de la Commission visant à réformer l'étiquetage et demande un étiquetage nutritionnel obligatoire utilisant un code couleur, à l'avant du paquet.

Restreindre la publicité pour aliments malsains adressée aux enfants

La commission de l'environnement demande aussi l'instauration d'horaires protégés et des restrictions en matière de publicité pour les aliments malsains qui ciblent spécifiquement les enfants ; elle se félicite de la récente révision de la directive TSF mais souhaite que, au moment du prochain réexamen de celle-ci, en 2010, en cas de constat d'échec de la démarche volontaire prévue par la directive, de nouvelles mesures plus strictes soient prises. La commission encourage également les fournisseurs de services médias à élaborer des codes de conduite concernant les communications commerciales audiovisuelles inappropriées relatives à la nourriture et aux boissons.

L'autoréglementation de l'industrie : valable mais insuffisante

La commission souligne que l'industrie devrait faire beaucoup plus pour répondre au problème de l'obésité, par exemple en offrant un plus large éventail de possibilités de portions réduites. La commission reconnaît le rôle des récentes initiatives de l'industrie visant à promouvoir l'autoréglementation dans la lutte contre l'obésité, mais note que la réglementation est parfois nécessaire pour fournir un changement substantiel et significatif dans l'industrie, notamment en ce qui concerne les enfants.

Interdire les acides gras trans artificiels dans l'Union européenne

La commission souligne que l'état actuel des connaissances scientifiques montre que la consommation excessive d'acides gras trans (plus de 2 % de l'apport énergétique total) est liée de façon significative à des risques cardiovasculaires plus élevés et appelle à leur interdiction dans l'Union européenne.

Taux de TVA réduits pour les fruits et légumes

La commission invite les États membres qui ne l'ont pas encore fait à réduire la TVA sur les fruits et légumes et rappellent que le droit communautaire les autorise à le faire. En outre, ils demandent que les textes communautaires en vigueur soient amendés afin de permettre au secteur des fruits et légumes de bénéficier d'un très faible taux de TVA.

f) Le volontarisme européen doit être prolongé par l'action des États membres

Depuis une vingtaine d'années, les institutions de l'Union européenne ont pris de nombreuses initiatives en matière d'amélioration du régime nutritionnel et de développement de l'activité physique, mais la plupart d'entre elles ne sont pas contraignantes. Cette situation correspond bien à la position de fond de la Commission qui privilégie la démarche volontaire plutôt qu'une démarche purement réglementaire et souhaite limiter le renforcement de l'intervention de l'Union européenne aux domaines où des cadres législatifs sont déjà en place.

En conséquence, les principaux actes communautaires récents concernant la nutrition ayant un caractère obligatoire visent seulement à améliorer l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires. Il s'agit du nouveau règlement sur les allégations nutritionnelles et de l'actualisation de la directive « télévisions sans frontières ». Mais compte tenu de la démarche volontaire retenue par le second texte et des délais d'application des nouvelles dispositions, celles-ci n'ont pu encore produire aucun effet.

Les initiatives les plus récentes, formulées en 2008, ont, certes, un caractère plus contraignant que bien des initiatives antérieures mais elles ne sont encore qu'à l'état de projets et nul ne peut dire quand ceux-ci pourront, le cas échéant, aboutir. En tout état de cause, elles ne pourraient pas non plus produire d'effet avant plusieurs années.

En outre, la portée de la proposition de règlement concernant l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires est limitée.

Les propositions présentées par la commission de l'environnement, de la santé publique et de la sécurité alimentaire du Parlement européen sont plus

ambitieuses puisqu'elles touchent directement la publicité et la fiscalité, et préconisent l'interdiction de certains ingrédients et denrées alimentaires. Dans l'exposé des motifs de la proposition initiale de résolution, il est d'ailleurs précisé que la proposition de Livre blanc « *n'est pas suffisante* » et que l'« *attitude attentiste consistant à vouloir vérifier l'efficacité de l'approche – volontaire – en 2010 n'est pas conforme à l'objectif de la réduction du taux d'obésité chez les enfants dans les cinq prochaines années* ».

La proposition de résolution adoptée par la commission de l'environnement demande donc « *que des mesures plus concrètes – que celles prévues par le Livre blanc – soient prises, spécifiquement axées sur les enfants et les groupes à risque* ».

Dans sa rédaction initiale, la proposition de résolution regrettait « *que le livre blanc ne contienne pas d'initiatives draconiennes pour réduire notablement les taux de croissance de l'obésité au cours des quatre ou cinq prochaines années, comme le demande l'OMS.* » Mais un amendement adopté par la commission a supprimé ce paragraphe.

Le Parlement européen a adopté, le 25 septembre 2008, une résolution qui reprend les propositions de la commission de l'environnement, de la santé publique et de la sécurité alimentaire.

Huit ans après l'appel lancé par l'OMS, l'évolution récente semble néanmoins traduire une meilleure prise de conscience, au niveau européen, de l'aggravation du fléau de l'obésité et de ses conséquences, et aussi de la nécessité de mettre en œuvre des solutions efficaces. Dans un document préparatoire au Livre blanc, la Commission soulignait qu'« *une action plus énergique de la Communauté se justifie pleinement* ».

Mais pour obtenir des résultats concrets, encore faut-il que la mobilisation et le volontarisme politique à l'échelon européen affichés soient relayés et prolongés par les États membres.

B. LE PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTÉ A PERMIS D'AMORCER UNE PRISE DE CONSCIENCE DU DÉFI DE L'OBÉSITÉ, MAIS LES OBJECTIFS FIXÉS N'ONT PAS ÉTÉ ATTEINTS

L'action de la France en ce domaine prend la forme d'un Programme national nutrition santé (PNNS).

Le premier programme national nutrition santé (PNNS 1), mis en place en 2001, a été prolongé par un deuxième plan adopté en 2006 pour la période 2006-2010 (PNNS 2). Ces plans ont permis d'amorcer une prise de conscience dans l'opinion mais l'objectif de réduction de la prévalence de l'obésité adulte de 20 % n'a pas été atteint.

1. Le premier PNNS 2001-2005 n'a pas permis d'obtenir de résultats significatifs sur la prévalence de l'obésité

a) Le PNNS 1 vise à donner des repères de consommation et fixe des objectifs nutritionnels et de réduction de la prévalence de l'obésité

À la suite de la publication, en 2000, du rapport du Haut comité de la santé publique intitulé : « Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France », les pouvoirs publics ont mis en place le premier « Programme national nutrition santé » (PNNS) en 2001. Ce programme couvrait une période de cinq ans (2001-2005) et se fixait comme objectif général l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition.

Des mesures législatives et réglementaires ont complété le dispositif.

Les principaux objectifs du PNNS, notamment concernant la réduction de la prévalence de l'obésité, ont été repris par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Sur la proposition de M. Yves Bur, membre de la mission d'information, la loi de santé publique a aussi prévu le retrait des distributeurs automatiques de boissons et de produits alimentaires payants dans les écoles, à compter du 1^{er} septembre 2005.

Par ailleurs, l'article 30 de la loi de santé publique a prévu l'introduction de messages sanitaires dans les publicités alimentaires « *en faveur des boissons avec ajouts de sucre, de sel ou d'édulcorant de synthèse et des produits alimentaires manufacturés* », sauf si l'émetteur choisit de verser à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) une contribution égale à 1,5 % des sommes destinées à l'émission et à la diffusion de ces messages.

Le PNNS fixe dix principes d'action, neuf objectifs prioritaires et neuf objectifs spécifiques.

Il s'agit d'un programme de santé publique qui prend en compte les multiples dimensions de la nutrition : santé, plaisir, culture, économie et échange. Il est fondé sur une approche globale et positive de la nutrition. Il bannit l'interdit, vise à promouvoir un mode de vie favorable à la santé et à réduire les risques de maladie chronique. Il prône une démarche partenariale qui associe tous les acteurs, y compris le secteur privé de l'alimentation.

Neuf objectifs prioritaires nutritionnels ont été retenus comme prioritaires en termes de santé publique. Les cinq premiers concernent la modification de la consommation alimentaire, les trois suivants portent sur les modifications des marqueurs de l'état nutritionnel et le dernier est relatif à la modification de l'hygiène de vie en relation avec l'alimentation.

Les neuf objectifs nutritionnels prioritaires du PNNS

1. Augmenter la consommation de fruits et de légumes afin de réduire le nombre de petits consommateurs de fruits et de légumes d'au moins 25 % (un petit consommateur consomme moins d'une portion et demi de fruits et moins de deux portions de légumes par jour) ;

2. Augmenter la consommation de calcium afin de réduire de 25 % la population des sujets ayant des apports calciques en dessous des apports nutritionnels conseillés, tout en réduisant de 25 % de la prévalence des déficiences en vitamine D ;

3. Réduire la contribution moyenne des apports lipidiques totaux à moins de 35 % des apports énergétiques journaliers, avec une réduction d'un quart de la consommation des acides gras saturés au niveau de la moyenne de la population (moins de 35 % des apports totaux de graisses) ;

4. Augmenter la consommation de glucides afin qu'ils contribuent à plus de 50 % des apports énergétiques journaliers, en favorisant la consommation des aliments sources d'amidon, en réduisant de 25 % la consommation actuelle de sucres simples, et en augmentant de 50 % la consommation de fibres, – Réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne dans la population des adultes ;

5. Réduire l'apport d'alcool chez ceux qui consomment des boissons alcoolisées. Cet apport ne devrait pas dépasser l'équivalent de deux verres de vin de 10 cl ou deux bières de 25 cl soit l'équivalent de 6 cl d'alcool fort. Cet objectif vise la population générale et se situe dans le contexte nutritionnel (contribution excessive à l'apport énergétique) ; il n'est pas orienté sur la population des sujets présentant un problème d'alcoolisme chronique, lesquels relèvent d'une prise en charge spécifique ;

6. Réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne dans la population des adultes ;

7. Réduire de 10 mm de mercure la pression artérielle systolique chez les adultes ;

8. Réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m²) chez les adultes et interrompre l'augmentation, particulièrement élevée au cours des dernières années, de la prévalence de l'obésité chez les enfants ;

9. Augmenter l'activité physique quotidienne par une amélioration de 25 % du pourcentage des sujets faisant l'équivalent d'au moins une demi-heure de marche rapide par jour. La sédentarité étant un facteur de risque de maladies chroniques, doit être combattue chez l'enfant.

Les neuf objectifs spécifiques concernent la promotion de l'allaitement maternel, les apports en fer et vitamines, et la lutte contre les carences alimentaires et la dénutrition ainsi que les allergies alimentaires.

Le programme insiste sur la nécessité pour les consommateurs de pouvoir faire des choix éclairés afin de réduire l'exposition aux facteurs de risque et d'équilibrer les apports et les dépenses nutritionnels, en particulier la dépense énergétique liée à l'activité physique.

À cet effet, le PNNS a fixé neuf repères pratiques de consommation assortis de précisions.

Les 9 repères de consommation du PNNS

Fruits et légumes : au moins 5 par jour ; consommation à chaque repas et en cas de petits creux ; crus, cuits, nature ou préparés ; frais, surgelés ou en conserve.

Pains, céréales, pommes de terre et légumes secs : à chaque repas et selon l'appétit ; favoriser les aliments céréaliers complets ou le pain bis ; privilégier la variété.

Lait et produits laitiers (yaourts, fromages) : 3 par jour ; privilégier la variété ; privilégier les fromages les plus riches en calcium, les moins gras et les moins salés.

Viandes et volailles, produits de la pêche et œufs : 1 à 2 fois par jour ; en quantité inférieure à celle de l'accompagnement ; viandes : privilégier la variété des espèces et les morceaux les moins gras ; poisson : au moins 2 fois par semaine.

Matières grasses ajoutées : limiter la consommation ; privilégier les matières grasses végétales (huiles d'olive, de colza...) ; favoriser la variété ; limiter les graisses d'origine animale (beurre, crème...).

Produits sucrés : limiter la consommation ; attention aux boissons sucrées ; attention aux aliments gras et sucrés à la fois (pâtisseries, crèmes dessert, chocolat, glaces...).

Boissons : de l'eau à volonté ; au cours et en dehors des repas ; limiter les boissons sucrées (privilégier les boissons allégées) ; boissons alcoolisées : ne pas dépasser, par jour, 2 verres de vin (de 10 cl) pour les femmes (à l'exclusion des femmes enceintes auxquelles il est recommandé de s'abstenir de toute consommation d'alcool pendant la durée de la grossesse) et 3 pour les hommes ; deux verres de vin sont équivalents à 2 demis de bière ou 6 cl d'alcool fort.

Sel : limiter la consommation ; préférer le sel iodé ; ne pas resaler avant de goûter ; réduire l'ajout de sel dans les eaux de cuisson ; limiter les fromages et les charcuteries les plus salés et les produits apéritifs salés.

Activité physique : au moins l'équivalent d'une demi-heure de marche rapide chaque jour.

Le PNNS 1 a également prévu de nombreuses actions de communication et d'information du grand public et de groupes spécifiques (femmes enceintes, personnes âgées...), des actions de prévention et de dépistage avec la mise en place de réseaux pour la prise en charge et la prévention de l'obésité (réseaux REPOP). Il prévoit aussi d'impliquer les industriels de l'agroalimentaire et de la restauration collective ainsi que les associations de consommateurs, et des actions au niveau des régions – notamment au moyen des plans régionaux de santé publique, des départements et des communes.

b) La communication publique en matière de nutrition est bien perçue

Un rapport-bilan sur l'application du premier PNNS et formulant des « propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS 2 » a été publié en 2006.

Ce bilan montre l'importance et la variété des 90 actions menées depuis 2001. Il fait néanmoins apparaître que les objectifs de créations de postes pour les consultations de nutrition et de diététique dans les hôpitaux n'ont pas été tenus. Mais il ne s'agit pas d'un véritable bilan d'évaluation. La pertinence, l'impact, l'efficacité et l'efficience des actions ne sont pas vraiment évalués.

Pour la période 2001-2005, le PNNS a été financé par l'État et l'assurance maladie à hauteur de 46 millions d'euros, soit un peu plus de 9 millions d'euros par an, en moyenne. Pour avoir une idée de l'ensemble des financements mobilisés par le PNNS, il faudrait ajouter certaines dépenses d'autres administrations et organismes (recherche, veille sanitaire...) impliqués dans la mise en œuvre du programme, les financements liés à des dispositifs spécifiques (plan cancer, programmes régionaux de santé, programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins – PRAPS –, secteur hospitalier, secteur libéral et réseaux

de soins, ainsi que les financements des collectivités territoriales qui peuvent être importants). Ainsi, selon le rapport bilan de 2006, la DRASS du Nord-Pas-de-Calais, région très engagée sur le thème de la nutrition et de l'obésité, estimait que pour 1 euro dépensé par l'État, la dépense totale était de 4 euros, grâce à l'engagement des autres partenaires locaux.

Tous les dispositifs de communication pilotés par l'INPES ont été évalués par des instituts de sondage. Les évaluations montrent que :

– le repère « au moins 30 minutes » d'activité physique par jour pour être en bonne santé promu dans la campagne menée en 2004 a été bien mémorisé (83 %) ;

– les repères du PNNS sont de mieux en mieux connus (43 % pour les fruits et légumes, 29 % pour les produits laitiers et 91 % sur l'activité physique).

– Les quatre messages sanitaires concernant l'activité physique, le grignotage, les 5 fruits et légumes ainsi que le trop gras, trop salé et trop sucré, ont été mémorisés par 71 % de la population et 21 % des personnes âgées de plus de quinze ans déclarent avoir changé leurs habitudes alimentaires.

Depuis le PNNS, on peut donc considérer que les connaissances du public et notamment des enfants en matière de nutrition et d'exercice physique ont progressé.

c) La prévalence de l'obésité chez les enfants semble orientée plus favorablement mais l'objectif de réduction de 20 % de l'obésité adulte n'est pas atteint

Au regard des objectifs fixés par la loi de santé publique du 9 août 2004, les résultats obtenus sont contrastés et paradoxaux.

Les résultats obtenus sont :

– en matière d'activités physiques, plutôt favorables ;

– en matière de nutrition, en demi-teinte ;

– mais l'objectif de réduction de la prévalence de l'obésité chez les adultes n'a pas été atteint ; au contraire, la prévalence de l'obésité chez les adultes a continué d'augmenter fortement.

Le rapport d'évaluation de la loi de santé publique d'août 2004, établi par le Haut conseil de la santé publique, montre que, s'agissant des neuf objectifs concernant la nutrition :

– l'évolution est favorable pour la consommation de fruits et de légumes, de sel, de fer, de vitamine D et de folates ⁽¹⁾ ;

– l'objectif 9 concernant l'activité physique a été globalement atteint mais cette appréciation, fondée sur des données déclaratives, devra être confirmée ;

– la consommation d'alcool est en réduction sensible même si des problèmes demeurent (augmentation de la consommation chez les femmes et des ivresses régulières chez les jeunes) ;

– l'objectif de réduction de la prévalence des petits consommateurs de fruits et légumes d'au moins 25 % pour passer de 60 % en 2000 à 45 % en 2008 est atteint chez les adultes (35 % de petits consommateurs en 2008), pas encore chez les enfants (58 % de petits consommateurs en 2008) et n'est pas du tout atteint dans les populations précaires (95 % de petits consommateurs) ;

– l'objectif de stabilisation de la prévalence de l'obésité chez les enfants est considéré comme globalement atteint ; les chiffres de départ (établis à partir de données déclaratives) étaient estimés à 14-20 %, le chiffre d'arrivée de l'étude nationale ENNS 2006 est de 17,8 % ; mais il faut observer que les études qui font état d'une stabilisation sont des études locales ; l'étude nationale sur les CE1 et CE2 entre 2000 et 2007 montre une stabilité du surpoids (18,1 %) et une légère hausse de l'obésité (3,8 % en 2000 et 4 % en 2007) ; l'appréciation de l'évolution est donc, à ce stade, difficile et il faut attendre avant de pouvoir éventuellement parler d'une stabilisation ;

– sur l'obésité et le surpoids des adultes, l'objectif était de réduire la prévalence de 20 %, c'est-à-dire de passer de 42 % en 2003 à 33 % en 2008 ; même si les données de l'ENNS 2006 (données mesurées) ne sont pas comparables à celle de l'enquête Obepi de 2003 (données déclarées donc sous-évaluées) qui avaient servi de base à la détermination de l'objectif, la prévalence en 2006 de 42,4 % selon Obepi ou de 49,3 % selon ENNS témoigne d'un très gros écart par rapport à l'objectif fixé de 33 % ; selon ces données, non seulement la prévalence de l'obésité chez les adultes n'est pas du tout en retrait, ni même stabilisée, mais elle progresse fortement.

Cette évolution peut notamment s'expliquer par le fait que les apports en lipides demeurent trop élevés, notamment en acides gras saturés, et que la consommation de produits sucrés ne diminue pas. En outre, la consommation de fibres et de féculents demeure insuffisante. Par ailleurs, il est établi qu'un déséquilibre léger mais durable de la balance entre apports et dépenses énergétiques entraîne l'obésité et que lorsque le déséquilibre métabolique est installé, l'obésité peut être irréversible.

Ces résultats permettent de prendre conscience des limites du PNNS.

(1) Vitamine B9, intervenant dans la « fabrication » de l'ADN des cellules.

d) De fait, l'insuffisance des moyens affectés et l'absence d'une véritable évaluation conduisent à s'interroger sur l'efficacité du PNNS 1

De multiples insuffisances ont été soulignées dans le rapport de la Cour des comptes, de mars 2007, sur le premier PNNS.

La Cour souligne les problèmes de gouvernance et de pilotage du PNNS 1 :

- des problèmes de coordination interministérielle et de répartition des rôles entre les directions du secteur social et sanitaire ;
- une insuffisance de moyens en personnels et en indicateurs pour assurer le suivi ;
- l'absence de suivi budgétaire et l'impossibilité de calculer le coût direct du programme et son coût global pour les collectivités publiques ;
- des écarts entre des objectifs ambitieux et des moyens réduits (par exemple, 68 postes de diététiciens créés au lieu de 800, 3 postes de praticiens hospitaliers en diététique créés contre 50 prévus) ;
- une coordination insuffisante des études et des recherches.

En outre, le contenu, le suivi et l'évaluation du PNNS 1 sont aussi l'objet de débats. Les objectifs, mesures et repères sont discutés. La prééminence donnée à l'axe « information » notamment par rapport aux actions de terrain l'est aussi. L'INPES consacre 5 millions d'euros par an pour financer ses campagnes de communication nutritionnelle pendant que le secteur de production et de distribution alimentaire mobilise 2 milliards d'euros par an pour financer ses budgets publicitaires, soit 400 fois plus que l'INPES. La disproportion des moyens est donc considérable.

L'émiettement des actions fait également l'objet de critiques.

Aussi, la non-réalisation, lors du lancement du PNNS 1, d'une enquête sur la situation nutritionnelle en France, fondée sur des données mesurées permettant de constituer une base de référence fiable, rend l'évaluation difficile. Au surplus, le bilan du PNNS 1 a été effectué par le président du comité de pilotage du PNNS et co-auteur du plan et non par un audit externe.

L'évaluation a, de fait, été reportée à la fin du PNNS 2, en 2011.

Ainsi, le PNNS 2 a été lancé avant de connaître l'impact du PNNS 1.

En dépit de ces nombreuses insuffisances, le PNNS 1, en promouvant des repères nutritionnels, aura permis de commencer à « installer » le sujet de la nutrition dans l'opinion et de commencer à faire évoluer certains comportements

alimentaires. Mais il n'a pas permis de réduire la prévalence de l'obésité et du surpoids ni d'éviter le creusement des inégalités et l'élargissement de la « fracture nutritionnelle ».

2. Le deuxième PNNS 2006-2010 prolonge et amplifie les actions du PNNS 1, mais reprend les mêmes objectifs en matière de prévalence de l'obésité

Le PNNS 2 a été lancé au mois de septembre 2006. Il prolonge et amplifie les actions du PNNS 1.

a) Le PNNS 2 prend en compte les travaux de l'OPEPS et inscrit l'action nutritionnelle dans la durée

La philosophie est la même : liberté du choix alimentaire, dimension du plaisir et de la convivialité, opposition à toute stigmatisation...

Mais il intègre les travaux menés par le Conseil national de l'alimentation et du rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) d'octobre 2005 sur l'obésité, présenté par M. Gérard Dériot, sénateur.

Le comité de pilotage du PNNS, qui associe les différents partenaires, a été maintenu, la gouvernance étant assurée par le comité interministériel de la politique nutritionnelle. Dans chaque région, a été aussi créé un comité de pilotage régional du PNNS.

b) Le PNNS 2 est orienté vers une amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire

Le PNNS 2 prévoit 102 actions. Certaines prolongent celles qui avaient été engagées avec le PNNS 1. Mais, alors que le premier programme avait concentré ses efforts sur les actions d'éducation et de sensibilisation, le PNNS 2 est davantage orienté vers la qualité de l'offre alimentaire.

Ainsi, de nouvelles actions sont prévues. On peut notamment citer :

– la création d'un observatoire de la qualité des aliments (OQALI) en charge de la surveillance du marché des produits et de leurs aspects nutritionnels (composition nutritionnelle, taille des portions...);

– la transformation du site Mangerbouger.fr en une plate-forme d'information et de conseil validé sur la nutrition, l'obésité et les pathologies liées à l'alimentation ;

– la valorisation des fruits et légumes dans les populations faibles consommatrices et dans les différents lieux de vie (restauration collective, taille des rayons fruits et légumes dans les grandes surfaces, bons d'achat de fruits et légumes pour les populations faibles consommatrices...);

- la création d'un groupe « lipides » avec la participation des professionnels afin de définir des engagements de progrès ;

- une action sur l'offre alimentaire au moyen de la signature de Charte d'engagements de progrès nutritionnels (composition, taille des portions, prix relatif au regard du critère nutritionnel, communication et publicité envers les enfants, organisation des lieux de vente, accessibilité aux populations défavorisées...);

- la création d'un référentiel officiel pour l'étiquetage nutritionnel ;

- l'adoption d'une mesure réglementaire définissant les exigences pour la restauration scolaire ;

- le dépistage précoce de l'obésité ;

- l'amélioration de la prise en charge des personnes obèses, notamment grâce à la création de réseaux de prise en charge pluridisciplinaire, d'un hôpital pôle de référence par région, l'adaptation des équipements des hôpitaux, des engagements conventionnels avec les médecins en matière de prévention ;

- des actions spécifiques pour les personnes défavorisées (mise en place de réseaux locaux, mobilisation des organismes sociaux, poursuite du plan alimentation-insertion, plan triennal d'amélioration de l'aide alimentaire, charte d'engagement des collectivités territoriales et des entreprises) ;

- travail sur l'image du corps et contre la stigmatisation des personnes obèses.

En 2007, 47 millions d'euros venant de l'État et de l'assurance maladie ont été dévolus à l'amélioration de la nutrition, dont 10 millions d'euros pour la communication et l'éducation.

3. Le développement d'actions locales est un axe stratégique majeur pour le PNNS

À la suite de la mise en place du PNNS, les collectivités territoriales ont souvent mis en place de nouvelles actions concernant la nutrition et la santé. Quelques éléments d'appréciation sur ces actions, nombreuses ont été présentés dans le rapport bilan du PNNS 1.

Cependant, ces actions, généralement utiles et positives, ont une efficacité incertaine.

L'OPEPS, dans son rapport sur la prévention et la prise en charge de l'obésité soulignait la faible lisibilité globale des actions locales, l'insuffisance du cadrage méthodologique et de mutualisation, la fragilité des dispositifs locaux peu institutionnalisés ainsi que l'émiettement des actions locales.

Le PNNS prévoit plusieurs actions visant à élargir et renforcer l'efficacité de la mobilisation locale.

a) Les collectivités territoriales sont incitées à s'engager dans l'application du PNNS

Depuis 2004, il est proposé aux maires de signer une charte des « villes actives du PNNS ». Le maire s'engage à mener au moins une action par an en conformité avec le PNNS et à n'utiliser pour ces actions que des outils validés par le PNNS. La charte a été ouverte depuis fin 2006 à la signature des communautés de communes.

À ce jour, 130 communes et 7 communautés de communes l'ont signée, depuis les plus importantes, comme Paris et Marseille, jusqu'aux villes de petite taille. Les collectivités signataires de la charte représentent près de 10 millions d'habitants.

Depuis le mois de janvier 2008, les conseils généraux peuvent signer des Chartes « Départements actifs du PNNS ». À ce jour, trois départements ont signé une charte : la Moselle, la Vendée et la Haute-Saône.

b) Le PNNS prévoit diverses actions concrètes d'animation du réseau des villes actives du PNNS

Plusieurs actions sont prévues :

– le soutien au réseau français des villes santé de l'OMS pour l'animation de réunions interrégionales (en 2005 et 2006) et élaboration d'un guide sur la nutrition dans la ville à l'attention des élus ;

– le soutien à l'association les Ecomaires depuis 2006 afin de coordonner et animer chaque année une « semaine des collectivités territoriales sur la nutrition ». La première édition a eu lieu dans 100 villes en 2007 ; Des partenaires privés peuvent y participer ; le groupe de distribution Intermarché a distribué par exemple 75 tonnes de fruits lors de la semaine de 2007 ;

– l'organisation avec les pédiatres d'une journée de dépistage et de conseils gratuits sur l'obésité de l'enfant, essentiellement dans des quartiers défavorisés de près de 100 villes en France ;

– la distribution gratuite d'un fruit par semaine durant l'année scolaire 2008-2009 dans 1 000 écoles primaires de quartiers défavorisés. Ces opérations seront conjuguées avec des animations pédagogiques.

c) Le PNNS 2 vise à renforcer la qualité des actions mises en œuvre par les collectivités territoriales

Le PNNS 2 tient compte des enseignements tirés à la suite du bilan d'application du premier programme.

– Il vise tout d’abord à développer une réflexion sur la prise en compte de la nutrition dans les diverses politiques municipales.

La nutrition est au cœur de nombreuses orientations de la politique locale : alimentation (scolaire, personnes âgées...), éducation (centres de loisirs), santé, social (via les centres communaux d’action sanitaire et sociale), transport, urbanisme, logement (pour faciliter la pratique d’activité physique au quotidien). La nutrition constitue donc un thème transversal de la politique locale. Un colloque est prévu en novembre 2008, organisé par la Société française de santé publique en vue de développer la réflexion sur ce thème.

– Dans cette logique, le PNNS vise aussi à mutualiser les expériences pour renforcer la qualité des actions mises en œuvre par les collectivités territoriales.

Les villes font preuve d’une grande créativité dans la mise en place d’actions pour des publics très divers. Mais il n’y a pas de partage d’expériences. Pour faciliter un tel partage, un site Internet va être créé sur lequel les actions mises en œuvre par les villes seront recensées, avec un jugement qualitatif émanant d’un comité scientifique. Le site pourra être interrogé selon divers critères (taille de la ville, public cible, thématique...) et un contact direct établi entre les villes pour bénéficier de l’expérience des autres.

– Le PNNS 2 prévoit aussi de renforcer et d’améliorer la formation des professionnels des collectivités territoriales en matière de nutrition.

En liaison avec le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT), un travail a été engagé, fin 2007, afin de définir les besoins de formation des professionnels des communes ainsi que des objectifs et des modules de formation adaptés. Les nouvelles formations devraient être proposées en 2009.

– Le PNNS prévoit par ailleurs d’harmoniser les indicateurs nutritionnels collectés.

La Fédération nationale des observatoires régionaux de santé élabore un référentiel pour harmoniser les indicateurs et aider à la collecte des données.

d) Un programme privé de prévention de l’obésité chez les enfants, dénommé EPODE, est proposé aux communes, parallèlement au PNNS

Depuis trois ans, une initiative développée par l’entreprise de communication « Protéines », dénommée EPODE (Ensemble, prévenons l’obésité des enfants), est proposée aux villes et bénéficie du soutien financier d’entreprises telles que Nestlé, Ferrero, les Assureurs Prévention Santé et la Fondation Carrefour.

La méthode préconisée repose sur la mobilisation de professionnels de la ville autour de thématiques précises au cours de l’année, en utilisant des outils qui

le plus souvent sont soumis à la validation du PNNS. Ceci permet d'atteindre divers groupes de population au sein de la ville en donnant une cohérence globale aux messages. Les services fournis par EPODE sont payants. Les communes doivent s'engager pour une période de cinq ans.

34 villes et 5 communautés de communes développent ce programme en France, essentiellement dans la Région Nord-Pas-de-Calais où s'est développé, depuis 1994, le projet « Fleurbaix Laventie Ville Santé ».

Selon les promoteurs d'EPODE, les résultats obtenus dans les villes qui participent au programme EPODE confirmeraient ceux qui sont obtenus au niveau national, c'est-à-dire une stagnation, voire une réduction de la fréquence de surpoids et de l'obésité chez les enfants.

Il est cependant parfois reproché à ce programme de créer la confusion avec le PNNS et de ne pas être suffisamment rigoureux sur le plan de l'analyse scientifique des résultats obtenus.

4. Les mesures annoncées par le gouvernement en février 2008 sont retardées par la concertation avec les professionnels de l'agroalimentaire, de la distribution et des médias

Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, a annoncé, le 4 février 2008, quatre nouvelles mesures concernant la nutrition et l'obésité pour 2008.

– L'ouverture d'une concertation sur la publicité pour les aliments et les boissons diffusée au cours des programmes télévisés pour les enfants. Il a été proposé aux acteurs économiques concernés d'élaborer un cadre d'engagements volontaires afin de parvenir à la suppression de la publicité pour les produits à forte densité énergétique et faible densité nutritionnelle (aliments gras, salés et sucrés), l'objectif étant de limiter la consommation de ces produits particulièrement chez les jeunes. La ministre avait indiqué qu'en cas d'échec de la démarche, des dispositions législatives pourraient être envisagées. Plusieurs réunions de concertation ont été organisées, mais ni les acteurs de l'industrie alimentaire ni les annonceurs et les publicitaires n'ont souhaité participer. Il a été décidé que le ministère de la culture négocierait avec les médias et les industriels de l'industrie agroalimentaire sur la base d'un cahier des charges.

– L'incitation au retrait des confiseries et des sucreries des caisses. Là encore, les acteurs industriels n'ont pas participé au groupe de travail, mais un projet de charte a été établi qui sera proposé aux acteurs concernés. Les établissements Leclerc se sont engagés à supprimer ces produits des caisses.

– Il était par ailleurs envisagé de prendre une disposition réglementaire pour rendre obligatoire le respect des recommandations nutritionnelles concernant la restauration collective. Celle-ci n'a pas encore été prise.

– la dernière mesure annoncée concernait l’installation de l’Observatoire de la qualité alimentaire (OQALI). Celui-ci a été mis en place au mois de février 2008 ; il publiera chaque année un rapport sur l’évolution de l’offre alimentaire en termes de qualité nutritionnelle et de prix.

III.- LA LUTTE CONTRE L'ÉPIDÉMIE D'OBÉSITÉ DOIT ÊTRE UNE GRANDE CAUSE NATIONALE MOBILISANT L'ENSEMBLE DES FRANÇAIS

Contre l'épidémie d'obésité n'est pas un défi facile à relever. Force est de constater que jusqu'à présent, les résultats obtenus par le Programme national nutrition santé (PNNS) ne sont pas suffisants et que l'action engagée mériterait d'être intensifiée.

La lutte contre l'obésité, qui est un problème de société, suppose d'améliorer sensiblement la prise de conscience des dangers de l'obésité et de renforcer nettement les actions publiques engagées pour agir sur les déterminants nutritionnels de l'obésité mais aussi sur les déterminants connexes de santé tels que l'insuffisance d'activité physique.

C'est à une véritable mobilisation qu'il faut appeler. Dans cette perspective, il faut exprimer une volonté politique forte et faire de la lutte contre l'obésité, qui est aussi un marqueur d'inégalité sociale très fort, une grande cause nationale, à l'instar de ce qui a été fait, avec succès, pour le SIDA.

La lutte contre l'obésité peut être l'occasion de mettre en place, pour la première fois, un plan national de prévention contre un risque majeur de nombreuses pathologies. L'obésité est, en effet, autant un problème de société, que de santé publique. C'est un problème complexe qui résulte de plusieurs facteurs. Pour lutter contre l'obésité, il faut agir sur les différents déterminants, dans plusieurs domaines.

La lutte contre l'obésité va modifier notre façon de penser la santé et va nous obliger à adapter l'organisation de notre système de soins. Ces évolutions sont nécessaires. Elles sont reliées à la question plus générale du développement des maladies chroniques et des facteurs de risque qui en favorisent l'apparition ainsi que de la prise en charge de ces maladies et facteurs de risque.

Le vieillissement de la population et la chronicisation de nombreuses maladies vont nous amener, inévitablement, à faire évoluer notre modèle social, même si le modèle de la médecine curative est toujours pertinent, bien sûr, notamment pour traiter les maladies de courte durée et les maladies dans les phases aiguës. Mais, le développement des maladies chroniques et des affections psychosociales change notre regard sur la maladie et la façon de la gérer. Ces pathologies et affections sont durables et les malades doivent apprendre à vivre avec elles, longtemps, et même parfois tout le restant de leur vie.

Cela doit nous amener à revoir, de manière fondamentale, notre manière de prendre en charge. Celle-ci doit devenir plus globale. Elle doit prendre en compte l'ensemble des problèmes de la personne, tant la dimension médicale que les dimensions sociale, somatique et psychologique. Cette question n'est certes

pas complètement nouvelle, mais elle revêt – et revêtera, probablement encore davantage demain – une importance croissante.

Cette nouvelle approche du soin, qu'il nous faut promouvoir et organiser, doit intégrer le traitement médical mais aussi le conseil et l'accompagnement de la personne dans ses différentes dimensions, grâce à une prise en charge globale et au long cours.

Les patients, qui doivent devenir davantage acteurs de leur santé, demandent et attendent une telle évolution. Le système de soins doit être en capacité de répondre à cette demande. Il faut donc organiser la chaîne de soins en conséquence.

La lutte contre l'obésité, qui est un problème sociétal, doit s'inscrire dans cette démarche.

Cela suppose de mettre en place une stratégie globale et cohérente de lutte contre l'obésité qui s'appuie sur la mobilisation de l'ensemble de la population et des acteurs institutionnels et économiques. Et, comme il n'est plus possible d'attendre des résultats incertains, cette stratégie doit être suffisamment ambitieuse et résolue pour obtenir des résultats tangibles à court et moyen termes.

Il est en effet possible d'agir efficacement pour stopper la progression de l'épidémie d'obésité et de surpoids, puis la faire refluer. Mais pour y parvenir, chacun des acteurs doit désormais se placer dans une logique d'obligation de résultats.

Chacun doit connaître quel est son « poids de forme » et pouvoir mettre en œuvre, autant que possible, les moyens pour l'atteindre et s'y maintenir.

Il faut donner à chacun la possibilité de gérer ou réguler son poids. Il est, *a priori*, facile – lorsque l'obésité n'est pas due à un facteur génétique – de lutter contre le déséquilibre énergétique. Pour cela, il suffit de réduire sa prise énergétique et d'augmenter son activité physique. Ou, pour être plus précis, il faut équilibrer, dans la durée, ressources et consommation énergétiques.

Mais pour y parvenir, il est nécessaire que chacun ait conscience de sa « responsabilité nutritionnelle durable ». La lutte contre l'obésité est une responsabilité collective mais elle fait aussi appel à la responsabilité individuelle. Chacun est, pour une bonne part, responsable – et comptable – de son surpoids et de sa santé.

L'acquisition ou la réappropriation de cette responsabilité, *a priori* simple et évidente, nécessite d'agir dans de nombreux domaines concernant à la fois l'offre alimentaire – tout au long de la chaîne alimentaire –, la demande des consommateurs et l'environnement.

La politique globale de lutte contre l'obésité que préconise la mission vise à améliorer les offres alimentaire et sportive, l'éducation, l'information et la formation nutritionnelle, mais aussi le dépistage et l'organisation de l'offre de soins pour prévenir et prendre en charge l'obésité. Elle doit également porter sur les environnements sociaux et urbains pour favoriser l'activité physique.

Une telle politique, si l'on veut qu'elle réussisse, impose une mobilisation importante de moyens. Il est donc nécessaire que, dorénavant, le recours à la démarche partenariale et à l'autorégulation, qui peut être utile, s'inscrive dans un cadre normatif plus précis. Par ailleurs, la mission propose des solutions qui s'inspirent de la logique de taxation-détaxation écologique ou environnementale pour favoriser les comportements vertueux.

A. AMÉLIORER LE DÉPISTAGE PRÉCOCE DE L'OBÉSITÉ ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES OBÈSES ET EN SURPOIDS

La prévention de l'obésité et l'amélioration de la prise en charge des personnes obèses supposent, notamment, d'assurer le dépistage précoce de l'obésité.

1. Organiser le dépistage précoce de la surcharge pondérale

La priorité absolue est de réduire la prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants et les jeunes, car on sait qu'un enfant obèse a 80 % de chances de le rester toute sa vie. Cela passe par des actions coordonnées, cohérentes et durables d'éducation à la santé et d'enseignement nutritionnel pratique (cours de cuisine, activité physique...) et par un dépistage systématique pendant toute la scolarité de la surcharge pondérale ou du risque de surcharge pondérale.

Les informations sur le poids, la taille et l'indice de masse corporelle (IMC) ne nécessitent que très peu de moyens pour être obtenues ; elles sont très simples à réaliser et requièrent peu de temps. Les représentants des pédiatres auditionnés par la mission ont bien souligné le caractère essentiel du recueil de ces données de base. Le report des résultats des mesures dans le carnet de santé afin d'assurer un suivi précis et continu de l'évolution de la courbe de poids est crucial. Le constat est pourtant que ces mesures et l'inscription des données dans le carnet de santé ne sont pas systématiquement effectués.

Les dispositions relatives aux examens médicaux obligatoires pour les enfants de moins de six ans prévoient la surveillance de la croissance staturo-pondérale. Mais, ces dispositions sont insuffisamment précises. Certains médecins se limitent à une appréciation visuelle de la croissance staturo-pondérale de l'enfant et n'effectuent pas les mesures nécessaires à un suivi efficace de la corpulence. Il est donc souhaitable de recommander de mesurer, lors de chaque visite médicale chez le médecin traitant, les poids, taille, tour de taille et IMC des enfants et des jeunes et d'enregistrer ces données sur le carnet de santé.

Dans cette perspective, et comme cela a été demandé par le professeur San Marco président de la Fédération nationale d'éducation pour la santé (FNES), lors de son audition par la mission, il conviendrait d'ajouter une mention dans le carnet de santé afin de souligner l'importance de surveiller les rebonds d'adiposité avant deux ans et entre cinq et six ans. La remontée du poids de l'enfant à cet âge est en effet un indicateur du risque d'obésité. On observe d'ailleurs une tendance à un rebond d'adiposité plus précoce. Lorsque c'est le cas, le risque d'obésité est encore plus important.

Il conviendrait également d'indiquer dans le carnet de santé toute rupture dans la courbe du poids avant le dépassement des indices de référence afin de permettre un dépistage plus précoce.

L'obligation de mesurer les poids, taille et IMC devrait être étendue aux visites médicales concernant les adultes en surcharge pondérale et notamment les visites médicales du travail. Afin de permettre l'utilisation effective et le partage des données en vue d'une éventuelle prise en charge plus rapide, il conviendrait aussi d'enregistrer systématiquement ces données sur le dossier de santé et de façon numérisée.

La collecte systématique et le partage des données permettraient en outre de mener beaucoup plus facilement des enquêtes épidémiologiques, sans mobiliser des moyens importants et coûteux. Cela permettrait aussi de réaliser des suivis sur des cohortes d'enfants et d'affiner le suivi de l'évolution de la prévalence de la surcharge pondérale.

La situation actuelle met, une fois de plus, en exergue le cruel déficit de notre système de santé en matière d'information médicale. Faute de moyens de partage d'information adapté, force est de souligner qu'il est, aujourd'hui, difficile de mener des politiques de santé publique populationnelle proactive et de vérifier l'efficacité des politiques mises en œuvre. La mise en place du dossier médical personnel (DMP) devrait, à terme, pallier, au moins en partie, ces insuffisances.

Par ailleurs, la Protection maternelle et infantile (PMI), qui relève de la compétence du conseil général, devrait être davantage mobilisée en ce qui concerne le dépistage de l'obésité chez les enfants de moins de six ans, l'information des parents sur ce thème, le suivi des jeunes enfants et la coordination avec la médecine scolaire.

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a apporté des améliorations importantes en ce qui concerne les missions de la PMI en matière de prévention précoce, de suivi des enfants et de soutien à la parentalité. La PMI est notamment chargée de réaliser ou proposer :

– des consultations et actions de prévention médico-sociale pouvant notamment consister en des actions de prévention et de dépistage des troubles physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage ;

- un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans ;
- des entretiens psychosociaux avec les femmes enceintes ou les enfants ;
- une orientation vers les professionnels de santé et les structures spécialisées.
- la diffusion de guides d’information sanitaire.

Il conviendrait de s’assurer que les nouvelles dispositions sont correctement appliquées, en particulier en ce qui concerne le dépistage de la surcharge pondérale.

Le professeur San Marco, président de la Fédération nationale d’éducation pour la santé, estime que lors de chaque visite chez le médecin traitant, un contrôle systématique du poids, de la taille, du tour de taille et de l’IMC devrait être réalisé.

Par ailleurs, afin d’assurer le dépistage le plus précocement possible, il conviendrait d’instaurer une obligation de partage d’information des données relatives au poids, à la taille et à l’IMC, entre la PMI, l’école, la médecine de ville et l’hôpital.

La mission estime que la création des agences régionales de santé (ARS) peut être un levier puissant pour mobiliser tous les acteurs de la santé afin de mettre en place une politique de prévention ambitieuse impliquant, de manière coordonnée, les différents acteurs de santé. Dans cet esprit, et afin de rendre plus cohérente et plus efficace la politique de santé publique, il serait souhaitable d’organiser la contractualisation entre la PMI et les ARS, sur la base des schémas régionaux d’organisation sanitaire (SROS).

La mission suggère que le dépistage et la prise en charge du surpoids et de l’obésité soient un des thèmes prioritaires d’action des ARS. Ce choix correspondrait bien au caractère sociétal et transversal de l’obésité.

2. Améliorer la prise en charge des personnes obèses

La prise en charge des personnes obèses dans l’ensemble du système de santé, en ville comme à l’hôpital, est déficiente. Ce constat a été plusieurs fois rappelé lors des auditions tenues par la mission, en particulier par le professeur Arnaud Basdevant.

Le professeur Arnaud Basdevant, chef du service nutrition à l’hôpital Pitié-Salpêtrière, souligne que, faute de matériels adaptés (vêtements, lits, moyens de brancardages, IRM, tables d’opération, véhicules de transport sanitaire...) et de personnels formés, les personnes présentant une obésité massive ne sont pas toujours accueillies et traitées dignement. Elles sont même parfois confrontées à un refus d’admission, notamment dans certains services de soins de suite et de réadaptation.

Cela n'est pas acceptable. Il faut améliorer la prise en charge des personnes obèses, en particulier dans les établissements de soins.

Il faut tout d'abord mettre en place des politiques proactives concernant les enfants et les jeunes en surcharge pondérale ou présentant un risque de surcharge pondérale : actions collectives ciblées, plan de retour à l'équilibre nutritionnel individualisé (PRENI)...

Il faut ensuite adapter les organisations et les matériels et former les personnels à cette nouvelle réalité durable : 12 % des patients traités à l'hôpital sont obèses, et 1 % des patients présentent une obésité morbide ($IMC \geq 40$). On peut aussi rappeler que 1 500 personnes sont opérées chaque mois pour obésité et que 120 000 personnes l'ont déjà été.

Depuis quelques années, le gouvernement a commencé à effectuer les adaptations nécessaires pour mettre à niveau les organisations et les équipements dans les établissements hospitaliers. Il a d'abord été prévu, en 2005, de créer huit pôles interrégionaux spécialisés dans l'accueil des personnes obèses avec des financements spécifiques. Il a ensuite été décidé d'appliquer ce dispositif dans chaque région, de constituer des équipes soignantes pluridisciplinaires et d'améliorer la lisibilité de l'offre de soins pour les patients en développant l'information sur Internet. L'Assistance publique – Hôpitaux de Paris a par exemple identifié onze sites de référence sur la base d'un cahier des charges et d'une sélection des équipes.

Des progrès ont aussi été accomplis en ce qui concerne les équipements particulièrement coûteux d'examen et d'imagerie médicale (scanners, IRM). Paris, Toulouse et Bordeaux sont équipés de tous les moyens nécessaires à la prise en charge des personnes obèses. Le CHU de Dijon va achever son équipement. Un bilan sur ce point doit être effectué très prochainement.

Par ailleurs, il est prévu d'établir un référentiel national concernant la prise en charge de l'obésité au sein des réseaux de santé et d'intégrer les questions de l'obésité et de la nutrition dans le référentiel des réseaux sur les maladies chroniques. Des efforts de formation sur l'obésité des personnels médicaux et paramédicaux hospitaliers sont également prévus, notamment dans le cadre de la formation continue.

La mission soutient les actions qui ont été engagées pour améliorer la prise en charge des personnes obèses dans les établissements hospitaliers, qu'il s'agisse de l'accès physique aux soins non liés à l'obésité pour les personnes obèses ou de la prise en charge des formes très graves d'obésité dans des pôles de référence.

Elle souhaite cependant que soit rapidement achevée la mise à niveau en termes d'accueil, de personnels et d'équipements des 31 centres de référence régionaux prévus pour la prise en charge des patients obèses, notamment présentant une obésité morbide.

Il conviendrait aussi de doter chaque département de moyens de transport médicalisé adaptés aux personnes présentant une obésité massive.

La mission souhaite également que soient développées des unités d'éducation thérapeutique de prise en charge de l'obésité, en fonction des besoins recensés, à l'instar de l'unité d'éducation thérapeutique pluridisciplinaire que la mission a pu visiter dans le service du Professeur Denis Raccach, à l'Hôpital Sainte-Marguerite du CHU de Marseille.

Il s'agit d'une unité où interviennent médecins, nutritionnistes, infirmières, diététiciens, éducateurs sportifs et psychologues au cours d'ateliers d'éducation nutritionnelle avec des groupes de patients obèses. Ce type d'unité répond particulièrement bien à la demande d'accompagnement du patient pour modifier son mode de vie. Cela permet d'organiser autour de la personne obèse « une chaîne de soins » composée des différents professionnels de santé travaillant en réseau : médecins, nutritionnistes, infirmières, diététiciens, éducateurs sportifs et psychologues mais aussi diabétologues, endocrinologues, chirurgiens gastriques.

Elle estime par ailleurs que les maisons de santé doivent être le pivot de l'organisation de la prise en charge pluridisciplinaire des personnes obèses. La prévention de la surcharge pondérale et la lutte contre le surpoids et l'obésité devraient être une priorité du projet médical des maisons de santé. Les maisons de santé pluridisciplinaires doivent pouvoir contractualiser avec les ARS et les pôles de référence pour organiser cette prise en charge, en particulier dans les quartiers défavorisés où l'action coordonnée de proximité peut jouer un rôle déterminant dans ce domaine.

La chirurgie de l'obésité

La chirurgie bariatrique est aujourd'hui considérée comme le traitement permettant d'obtenir les meilleurs résultats en matière de perte de poids durable.

En 2003, 10 300 actes de chirurgie de l'obésité ont été effectués en France. Avec l'augmentation de la prévalence de l'obésité massive, on estime que la chirurgie bariatrique est en expansion. Il serait souhaitable de réaliser une nouvelle enquête pour mesurer l'évolution dans ce domaine depuis cinq ans.

Le recours à la chirurgie bariatrique peut être indiqué pour les personnes ayant un IMC supérieur à 40. Il peut également être indiqué pour les patients ayant un IMC supérieur à 35 et présentant des complications croissantes mettant en danger le pronostic vital.

Il existe aujourd'hui différentes techniques de chirurgie bariatrique allant de la pose d'un anneau gastrique au *by-pass* ou court-circuit gastrique. Ces opérations doivent systématiquement respecter une évaluation pré-opératoire pluridisciplinaire (médicale, diététique et psychiatrique) afin de prévenir de toute contre-indication et valider la prescription opératoire.

La réussite de l'opération, qui doit se traduire par une perte de poids durable chez le patient, dépend très largement de l'accompagnement préalable et postérieur à l'opération.

Avant l'opération, le patient doit perdre du poids et suivre un régime alimentaire spécifique. Il ne doit présenter aucune contre-indication médicale, avoir un comportement alimentaire adapté et ne pas présenter de problèmes psychiatriques impliquant des risques post-opératoires.

Après l'opération, une évaluation du bilan nutritionnel du patient et une surveillance régulière du comportement alimentaire doivent être effectuées par des médecins.

La chirurgie bariatrique, pour réussir, suppose que le patient soit acteur de son traitement. L'éducation thérapeutique peut être un bon moyen pour y parvenir.

L'éducation pour la santé constitue le premier échelon de la prévention. Elle permet au patient d'adhérer au parcours de soins, ce qui favorise son autonomie et améliore sa prise en charge.

De même, l'éducation thérapeutique permet au patient de mieux prendre en charge son propre traitement, de limiter les complications et de minimiser les risques de handicap.

C'est ainsi que le patient, notamment lorsqu'il est atteint d'une maladie chronique, peut devenir acteur de sa santé tant en ce qui concerne la prévention que dans le suivi de son traitement.

L'éducation thérapeutique permet d'améliorer la qualité de vie et de réduire les complications. Elle doit permettre de diminuer le nombre d'hospitalisation et d'améliorer l'observance des traitements médicamenteux et des recommandations hygiéno-diététiques.

Avec le développement des maladies chroniques, l'éducation thérapeutique s'impose aujourd'hui en lien étroit avec le système curatif pour permettre une meilleure efficacité de la prise en charge.

Les actions d'éducation thérapeutique doivent être complétées par un accompagnement du patient, lequel doit être pris en charge dans sa globalité (dimensions curative, psychologique, comme sociologique).

L'éducation thérapeutique doit aussi faire partie intégrante du parcours de soin et de la prise en charge du patient.

Des recommandations de la HAS et du Haut conseil de la santé publique devraient définir les affections pouvant donner lieu à des programmes d'éducation thérapeutique et fixer le cahier des charges applicable.

La mission propose que les ARS évaluent et financent les programmes, et qu'elles assurent le maillage territorial de l'offre d'éducation thérapeutique tant en ville qu'à l'hôpital. Elle souhaite également que l'éducation thérapeutique soit intégrée dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS).

Divers exemples montrent l'efficacité médico-économique et psychosociale de l'éducation thérapeutique, notamment pour les patients atteints de maladies chroniques.

On peut citer l'exemple du programme d'éducation thérapeutique mis en place par la clinique du Château de Vernhes, dans la région Midi-Pyrénées. Le programme prenait la forme d'actions d'éducation thérapeutique interdisciplinaire dispensées au sein de la clinique, pendant une semaine, à des patients obèses ayant un IMC de 34 et présentant au moins une complication de leur obésité. Les

paramètres anthropométriques, biologiques et psychosociaux (qualité de vie) ont été évalués six mois avant et six mois après la semaine d'éducation. La perte de poids observée a été de 8,6 kg, le taux de cholestérol était inférieur de 15 %, les triglycérides de 11 % et les glycémies de 12 %. La quasi-totalité des patients poursuivaient une activité physique régulière et un sur trois bénéficiaient d'un suivi psychologique (aucun à l'entrée). Les remboursements de frais de soins par l'assurance maladie ont diminué de 16 %, alors qu'un meilleur suivi était assuré par les kinésithérapeutes (+ 34 %), les infirmières (+ 23 %) et les psychiatres (+ 44 %). Les dépenses de biologie baissaient de 23 % et celles de radiologie de 21 %. Enfin, les indemnités journalières ont diminué de 57 %.

3. Adapter les financements à la prise en charge des personnes obèses

La mise à niveau de l'hôpital pour assurer une prise en charge digne et de qualité aux personnes obèses suppose aussi d'adapter les financements. Il faut en effet améliorer la couverture des surcoûts induits par la prise en charge des patients obèses pendant les séjours hospitaliers.

Le gouvernement a déjà engagé des travaux sur ce thème et prévoit d'apporter des améliorations au financement des établissements hospitaliers, à partir de 2009.

La mission souhaite que les surcoûts liés à la prise en charge des patients présentant une obésité sévère soient pris en compte dans la tarification à l'activité à l'hôpital. Mais il faut, au préalable, que les systèmes d'information hospitaliers soient adaptés en conséquence et que le recueil de l'information sur la corpulence des personnes soit effectué systématiquement.

Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, a indiqué, lors de son audition par la mission, que la version 11 de la tarification hospitalière à l'activité qui sera applicable en 2009 devrait le prévoir. L'obésité sévère devrait être considérée comme une comorbidité et les tarifs de groupes homogènes de séjour (GHS) devraient être adaptés en conséquence. Les dotations de financement des missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation (MIGAC) devraient aussi pouvoir être utilisées pour couvrir certains surcoûts liés à la prise en charge des personnes obèses. À cet égard, on peut rappeler le lien entre la précarité et l'obésité qui se traduit par la surprévalence de l'obésité chez les personnes défavorisées.

La mission souhaite aussi que la nouvelle tarification des services de soins de suite et de réadaptation (SSR), qui est en préparation, prenne en compte les surcoûts liés à la prise en charge des personnes obèses.

Sur ce point, l'audition de M. Frédéric Guin, directeur économique et financier de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), a permis à la mission de mieux appréhender les difficultés rencontrées par les établissements de

santé pour valoriser la prise en charge des personnes obèses. Plusieurs propositions ont été formulées afin d'intégrer dans la tarification la valorisation des cas les plus sévères. Elles sont mentionnées dans la synthèse de l'audition du 23 juillet 2008 qui figure en annexe au rapport.

Par ailleurs, il serait souhaitable de réfléchir à la modulation de la prise en charge par les mutuelles et les assurances complémentaires en fonction du respect et du sérieux du suivi du parcours de soins. Les organismes de protection sociale complémentaire pourraient ainsi améliorer l'accompagnement des personnes dans le parcours de soins.

Il pourrait être aussi demandé aux mutuelles et aux assurances complémentaires d'étudier la possibilité de prendre en charge des consultations de diététique et l'accompagnement psychologique des personnes en surpoids ou obèses, lequel est souvent inexistant ou insuffisant. Certains organismes le font déjà. Ils pourraient s'engager davantage dans cette voie et ce mouvement pourrait être étendu.

Le respect du parcours de soins, l'observance des traitements et l'engagement du patient dans une démarche d'éducation thérapeutique devraient être mieux reconnus et encouragés, notamment au moyen d'une prise en charge améliorée. L'Allemagne, par exemple, n'applique pas le ticket modérateur, qui a été créé en 2004, pour les consultations de prévention ni pour les consultations de médecine de ville des personnes ayant une maladie chronique qui s'engagent dans un « programme bonus » permettant un meilleur suivi.

La mission pense que la France doit s'engager résolument à développer la prévention. Elle se félicite du souhait exprimé par le Président de la République, lors de son discours sur la politique de santé et la réforme du système de soins, prononcé le 18 septembre 2008, à Bletterans, de porter la part de la prévention dans les dépenses de santé de 7 % à 10 %.

Il est souhaitable que tous les acteurs du système de santé, de la ville à l'hôpital, réalisent cette mutation culturelle et s'engagent dans cette voie. Mais, une des conditions pour y parvenir est d'adapter nos modes de financement en conséquence. La prévention doit être justement valorisée à l'hôpital avec la tarification à l'activité, et non plus seulement par les dotations MIGAC, mais aussi en ville, notamment par des éléments de rémunération au forfait.

4. Mobiliser la médecine scolaire pour dépister et prendre en charge l'obésité

La médecine scolaire doit également être mobilisée pour lutter contre la surcharge pondérale chez les enfants et les adolescents.

Dans le cadre de la réorganisation de l'offre de soins et de la mise en place des ARS, il serait souhaitable d'étudier la possibilité de rapprocher les médecins scolaires du ministère de la santé et de prévoir une contractualisation avec les

ARS. Ce serait une mesure de clarification et de simplification, cohérente avec la volonté de rendre l'offre de soins plus lisible et de renforcer son efficacité. Cela permettrait de mettre plus facilement les acteurs en synergie et d'être plus efficace dans la mise en œuvre des actions de santé publique, en particulier relatives à la nutrition et à la lutte contre l'obésité.

Les médecins scolaires et les infirmières scolaires ont un rôle essentiel à jouer dans la lutte contre l'obésité et l'apprentissage des bonnes habitudes alimentaires auprès des enfants, grâce aux actions collectives et individuelles d'éducation à la santé et à la nutrition.

À cet effet, la mission préconise d'améliorer la formation initiale et continue des médecins et des infirmières scolaires sur la nutrition et la prise en charge de l'obésité et, plus généralement, d'intégrer la prévention dans les cursus de formation.

5. Impliquer davantage la médecine du travail sur le thème de l'obésité

La médecine du travail devrait aussi jouer un rôle plus important dans la lutte contre le surpoids.

Le milieu professionnel peut, à plusieurs titres, être facteur de risque d'obésité : sédentarité, stress, travail posté, travail de nuit, changement de rythme de vie, organisation du temps de travail, des temps de pause et de repas, restauration d'entreprise, repas d'affaires...

Ces différents aspects et plus généralement les effets de l'organisation et des conditions de travail peuvent faire l'objet d'un suivi par le médecin du travail. Mais les médecins du travail assurent une mission de prévention des risques professionnels et, de ce fait, ils ne s'intéressent en principe, à la question de l'obésité que si celle-ci peut entraîner un risque professionnel pour les salariés. Aucun suivi de l'obésité des salariés n'est donc assuré systématiquement dans les entreprises et on ne dispose pas de données nationales sur l'obésité en milieu professionnel.

En outre, les médecins du travail n'ont pas accès au dossier médical de ville du patient et il n'est pas non plus prévu qu'ils puissent avoir accès au dossier médical personnel (DMP), pour des raisons de protection de la vie privée. La coordination entre la médecine du travail et la médecine de ville est donc difficile.

La mission pense cependant souhaitable de fixer comme objectif à la médecine du travail de développer des actions collectives de sensibilisation à la nutrition et à la lutte contre la sédentarité et l'obésité. La médecine du travail pourrait également s'investir davantage dans le dépistage systématique de la surcharge pondérale lors des visites médicales du travail, l'orientation et le suivi des personnes obèses ainsi que le contrôle de la restauration collective d'entreprise. En outre, en matière de lutte contre la sédentarité, la médecine du

travail pourrait inciter au développement de l'activité physique et à la création d'installations sportives ainsi qu'à l'organisation de modes de transports actifs.

La promotion de la santé et de l'équilibre nutritionnel doit aussi être un thème de mobilisation au sein de l'entreprise.

Ainsi, certaines entreprises, comme Arcelor Mittal – en partenariat avec l'entreprise de restauration collective Sodexo, Areva, EDF et Renault ont mis en place des programmes de formation collective et individuelle intéressants visant à sensibiliser leurs salariés aux questions de nutrition, d'équilibre alimentaire et d'hygiène de vie. Ces actions exemplaires mériteraient d'être étendues, voire généralisées.

B. AMÉLIORER LA QUALITÉ NUTRITIONNELLE DE L'ALIMENTATION

Un des axes nouveaux du PNNS 2 consiste à agir sur l'offre alimentaire pour améliorer la qualité nutritionnelle des produits transformés par les entreprises de l'industrie agroalimentaire et vendus par la distribution aux consommateurs.

La mission soutient cette orientation stratégique mais estime qu'il faut aller plus loin pour accélérer l'évolution qui a été engagée.

Elle considère qu'il faut développer l'information nutritionnelle pendant la grossesse, à la maternité ainsi que chez les pédiatres en direction des parents de jeunes enfants.

1. Promouvoir l'allaitement maternel

Il est établi que l'allaitement maternel présente l'avantage de réduire la fréquence des infections chez les nourrissons et joue un rôle protecteur contre l'obésité. L'allaitement maternel favorise aussi le développement d'une bonne relation mère enfant. Il peut donner confiance à la mère qui prend ainsi conscience de sa capacité à satisfaire les besoins de l'enfant. L'allaitement maternel présente enfin des avantages pour la santé de l'enfant, pour la santé de la mère et permet de faire des économies non négligeables pour le système de santé et les familles.

Selon le Dr Patrick Deboise, président de l'Association « Autour de l'Enfant », *« un allaitement maternel d'une durée de 6 mois peut prévenir des risques d'obésité jusqu'à 18 ans. Par ailleurs, il a été prouvé que le taux de cancer du sein chez une femme qui allaite pendant un an se voit diminué de 4 à 6 fois. Quand on sait que le cancer du sein concerne 10 % des femmes en France, on mesure bien l'avantage supplémentaire que procure l'allaitement maternel ».*

Il est recommandé de n'introduire le lait de vache entier ou demi-écrémé dans la nourriture du nourrisson que tardivement, après l'âge de neuf mois, et de ne diversifier la nourriture avec des éléments solides qu'après l'âge de quatre à six mois.

En outre, il faut rappeler que le coût de l'allaitement au lait maternisé pendant une durée de six mois s'élève à environ 2 000 euros, alors que l'allaitement maternel est quasiment gratuit.

Dans notre pays, près de deux tiers des femmes pratiquent l'allaitement maternel. La France a maintenant rattrapé une partie de son retard, par exemple par rapport aux pays nordiques où cette pratique est encore plus développée et souvent pendant une période plus longue qu'en France. Dans les pays nordiques on note des taux d'allaitement maternel de 90 % pendant la première année de l'enfant. La durée de l'allaitement maternel est le plus souvent très courte en France. L'allaitement à quatre mois est maintenu pour plus de 65 % des nourrissons en Suède et en Suisse, 34 % au Canada, 27 % au Royaume-Uni et à peine 5 % en France. La marge de progression de l'allaitement maternel en France est donc importante, notamment en ce qui concerne la durée de l'allaitement.

Il faut continuer d'encourager l'allaitement maternel, mener des campagnes de promotion et accroître les efforts d'information sur ce sujet. Il faut notamment inciter au développement de l'allaitement maternel dans les cliniques et les maternités ainsi qu'après la sortie de maternité. Dans cette logique, une information devrait être obligatoirement donnée dans les maternités aux mamans sur leurs droits concernant l'allaitement au travail. Le code du travail prévoit la possibilité de mettre en demeure l'employeur d'installer des locaux dédiés à l'allaitement (articles L. 1225-32 et R. 4152-13).

Il faut aussi inciter les hôpitaux, maternités ou cliniques à obtenir la labellisation « hôpital ami des bébés » qui résulte d'une initiative de l'OMS et de l'UNICEF. L'octroi de ce label impose à la maternité, notamment, de s'engager à ne pas promouvoir la fourniture gratuite ou à prix réduit de substituts du lait maternel, de biberons et de tétines, et d'obtenir un taux d'allaitement maternel exclusif de la naissance à la sortie de maternité égal ou supérieur à 75 %.

En France, seulement six hôpitaux sont actuellement labellisés « hôpital amis des bébés ». Il serait souhaitable que toutes les maternités appliquent « les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » prévues pour l'octroi du label.

Par ailleurs, afin de favoriser la poursuite de l'allaitement plus longtemps, une solution pourrait consister en l'allongement de la durée du congé de maternité. En France, la durée du congé de maternité est de seize semaines.

Mais, actuellement, M. Vladimir Spidla, commissaire européen aux affaires sociales, défend un projet de directive visant à améliorer les normes européennes en matière de congé de maternité. À ce jour, une directive de 1992 prévoit une durée – minimum – de congé maternité de quatorze semaines. Le projet de directive envisagerait de porter cette durée à dix-huit semaines et de recommander le versement du salaire complet durant cette période.

La mission soutient cette orientation. Cela permettrait notamment de renforcer le rôle protecteur de l'allaitement maternel contre l'obésité, de conforter le lien mère enfant, d'éviter des arrêts de travail pour enfant malade et d'offrir suffisamment de temps après l'accouchement pour ne pas avoir à prendre un congé parental en plus, ce qui éloigne durablement du marché du travail.

Par ailleurs, certaines crèches, notamment des crèches publiques, refusent ou dissuadent les parents de poursuivre l'allaitement maternel à l'entrée du nourrisson en crèche. Les raisons du refus sont diverses. Elles peuvent être liées à des difficultés pratiques – supposées ou réelles (manque de temps, de matériel, d'espace), au risque d'erreur dans l'attribution du lait aux enfants et de difficulté à assurer la qualité du lait. Afin d'éviter ces problèmes et leurs éventuelles conséquences en termes de responsabilité des personnels des crèches, ceux-ci préfèrent parfois refuser aux parents la possibilité de choisir l'allaitement maternel.

Il est souhaitable d'encourager les parents à choisir l'allaitement maternel le plus longtemps possible y compris pour ceux dont les enfants sont accueillis en crèche. Dans cette logique, il conviendrait de fixer l'obligation pour les crèches de conserver, à la demande des parents, le lait maternel en vue de l'alimentation du nourrisson. De même, les assistantes maternelles à domicile devraient systématiquement encourager au maintien de l'alimentation du nourrisson au lait maternel (promotion du tire-lait).

Les entreprises devraient être aussi incitées à favoriser l'allaitement maternel, autant qu'il est souhaitable.

2. Améliorer la qualité des repas servis en cantines scolaires et en restauration collective

Six millions d'enfants fréquentent les cantines, de la maternelle au lycée et, depuis la fin des années 1990, la fréquentation augmente. Environ 60 % des enfants de 3 à 17 ans y prennent au moins trois repas par semaine. Comparés aux 21 repas pris dans la semaine, cela peut paraître peu. Toutefois, la restauration scolaire peut – et doit – jouer un rôle important dans l'éducation nutritionnelle des enfants, surtout si cette dernière est également présente dans les enseignements obligatoires, comme la mission le propose. Un lien direct entre la classe et la cantine pourra ainsi être établi par les enfants et l'efficacité d'ensemble des actions sera renforcée. L'éducation à la nutrition et la prévention du surpoids et de l'obésité doivent s'inscrire dans une démarche globale et cohérente.

Dans cet esprit, la mission souhaite rendre obligatoire les recommandations nutritionnelles relatives aux marchés publics de restauration collective et en étendre l'application à la restauration universitaire.

Une circulaire du ministère de l'éducation nationale, datée du 25 mai 2001, fixe des recommandations concernant la composition des repas scolaires.

Ces recommandations ont été définies par le groupe d'étude des marchés de restauration collective et de nutrition (GEMRCN). Elles ont été actualisées au mois de mai 2007. Mais ces recommandations ne concernent que la sous-traitance de la fourniture de repas. Or, la majorité des collèges et lycées publics gèrent eux-mêmes leur service de restauration scolaire et préparent les repas sur place. En outre, ces recommandations ne sont pas contraignantes et la moitié des établissements de l'Éducation nationale ne les connaissent pas. Au total, les recommandations sont insuffisamment respectées.

Il est donc proposé de rendre obligatoire les recommandations actuelles. Les prescriptions d'équilibre nutritionnel seront ainsi placées au même niveau que les obligations relatives à la sécurité sanitaire. Il faut aussi souligner que le respect des recommandations relatives aux fréquences et aux grammages des plats servis dans les cantines scolaires n'entraîne pas forcément de surcoûts. Ce devrait même, en principe, être le contraire.

Il conviendrait, à ce propos, de s'assurer de l'opportunité de l'introduction de 15 % en 2010 et de 20 % en 2012 de denrées issues de l'agriculture biologique dans les menus proposés par la restauration collective et d'étudier les conséquences sur l'exécution des contrats dans le cas où l'approvisionnement n'est pas assuré.

Afin d'améliorer la qualité nutritionnelle et gustative des repas servis en restauration collective, il serait aussi souhaitable de rendre obligatoire la participation d'un diététicien à l'élaboration des menus de cantines scolaires et universitaires ainsi que de restauration d'entreprise.

Il serait également utile d'inciter à la mutualisation des moyens financiers et humains à un échelon supérieur à celui des établissements scolaires afin de recruter des compétences diététiques ou de créer des groupements d'achats de matières premières.

De même, des guides pratiques proposant des solutions prêtes à l'emploi pourraient être élaborés pour aider les établissements scolaires dans la définition des menus.

Par ailleurs, l'amélioration des conditions d'accueil des élèves à la cantine passe par un renforcement de la formation en nutrition des personnels de restauration collective et par la fixation de normes concernant l'environnement et la durée des repas dans les cantines scolaires. La circulaire du ministère de l'éducation nationale prévoyant une durée du repas de 30 minutes est insuffisamment respectée.

Il faut aussi veiller à faire respecter l'interdiction de la collation à l'arrivée à l'école, le matin (sauf pour les enfants qui n'ont pas pris de petit-déjeuner). Aucune évaluation nationale n'a été réalisée sur ce point, mais selon les informations que la mission a recueillies, il semble que cette prescription soit assez largement respectée.

Selon les représentants des médecins et infirmières scolaires qui ont été auditionnés par la mission, les parents sont nombreux à mettre de la nourriture dans les cartables des enfants (sucreries et confiseries, chips et même *hot-dogs*). Cette pratique, qui favorise le développement du grignotage chez les enfants, devrait autant que possible être évitée. Dans cette perspective, il conviendrait de diffuser des recommandations aux enseignants, aux parents et aux enfants.

3. Moduler la fiscalité des aliments en fonction de leur qualité nutritionnelle

Chacun doit prendre sa part dans la recherche de l'équilibre nutritionnel ou du rééquilibrage nutritionnel. Le principe de taxation-détaxation vise à orienter l'offre vers la production de produits qui ne sont pas excessivement gras, salés ou sucrés et la demande vers une consommation mieux adaptée aux besoins caloriques et nutritionnels, tout en préservant le plaisir de la table et le pouvoir d'achat.

À cet égard, il faut souligner que les produits de grignotage sont souvent chers si l'on ramène leur prix au kilo, et même plus chers que les fruits et légumes, dont on entend souvent dire que leurs prix sont élevés.

Lors de la discussion de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, le gouvernement s'est engagé à remettre au Parlement un rapport ayant pour objet d'évaluer les coûts pour l'assurance maladie liés à la consommation excessive de produits trop gras, trop sucrés ou trop salés.

Un rapport sur « la pertinence et la faisabilité d'une taxation nutritionnelle », établi par l'Inspection générale des finances et l'Inspection générale des affaires sociales, a été transmis au Parlement, au mois d'août 2008.

Ce rapport préconise d'écarter la solution de la création d'une taxe nutritionnelle, essentiellement pour des raisons techniques, les auteurs du rapport estimant que la création d'une telle taxe irait à l'encontre de la politique de simplification des formalités d'imposition des entreprises. La création d'une taxe nutritionnelle supposerait :

– d'une part, la tenue par toutes les entreprises – y compris les petites entreprises – d'une comptabilité « matières » de tous les produits alimentaires vendus selon leur apport calorique et/ou leur composition nutritionnelle détaillée pour 100 grammes ;

– d'autre part, une possibilité de contrôle par les services fiscaux du contenu nutritionnel des aliments et des quantités produites correspondant aux divers produits taxables, comme en matière de droits d'accises sur les boissons.

La mise en œuvre d'une telle mesure est présentée comme compliquée et nécessitant, en tout état de cause, un délai assez long et des coûts de gestion importants.

Le rapport préconise de recourir plutôt à un impôt existant ne nécessitant pas une adaptation très importante des systèmes comptables et informatiques des entreprises ni la mise en place d'un nouveau dispositif d'assiette, de recouvrement et de contrôle de l'administration fiscale. En conséquence, le rapport recommande le recours à la fiscalité indirecte existante, et plus précisément à la TVA et aux droits d'accises.

La mission souhaite envoyer des signaux positifs en faveur d'une alimentation équilibrée. Pour cette raison, la mission propose d'appliquer le principe de taxation-détaxation en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments. L'objectif est que toute augmentation de taxe soit accompagnée d'une réduction de taxe afin d'orienter la consommation vers une alimentation équilibrée et garantir le pouvoir d'achat des Français, ce qui demeure une véritable priorité.

À ce jour la quasi-totalité des produits alimentaires sont assujettis au même taux réduit de TVA à 5,5 %. Il en résulte notamment que les fruits et légumes connaissent le même régime fiscal que les pâtes à tartiner ou les barres chocolatées de grignotage.

Sur ce point, la mission partage les conclusions du rapport de l'IGF et de l'IGAS qui propose que soit « *mis fin à l'avantage fiscal que constitue l'application d'un taux de TVA réduit à des produits trop gras, trop sucrés, trop salés qui ne sont pas de stricte nécessité* ».

Afin de bien marquer la direction des progrès nutritionnels à accomplir par l'industrie agroalimentaire dans l'offre de produits transformés, la mission propose d'augmenter progressivement le taux de TVA des produits de grignotage et de *snacking* (trop gras, trop sucrés, trop salés) pour le faire passer du taux réduit actuellement applicable de 5,5 % au taux normal de 19,6 %.

La législation communautaire semble le permettre. Elle autorise en effet les États membres à appliquer un taux normal de TVA qui ne peut être inférieur à 15 % et un ou deux taux réduits de TVA qui ne peuvent être inférieurs à 5 %.

Dans la même logique, et afin de favoriser la consommation de produits conseillés pour l'équilibre nutritionnel, la mission souhaite mettre en place des mesures incitatives. Elle propose de réduire le taux de la TVA applicable aux produits non transformés, dont les fruits et légumes, de 5,5 % à 2 %.

Le règlement CE 852-2004 du Parlement européen et du Conseil relatif à l'hygiène des denrées alimentaires, du 24 avril 2004, fixe la définition des « produits non transformés ». Il s'agit des denrées alimentaires n'ayant pas subi de transformation et qui comprennent les produits qui ont été divisés, séparés, tranchés, découpés, désossés, hachés, dépouillés, broyés, coupés, nettoyés, taillés, décortiqués, moulus, réfrigérés, congelés, surgelés ou décongelés. On entend par « transformation » toute action entraînant une modification importante du produit initial, y compris par chauffage, fumaison, salaison, maturation, dessiccation, marinage, extraction, extrusion, ou une combinaison de ces procédés.

À ce jour, la réglementation communautaire n'autorise pas la réduction de la TVA que la mission propose, puisque, pendant la période transitoire – dont le terme n'est pas fixé par la directive européenne – les États membres peuvent seulement maintenir, à titre transitoire, des taux réduits inférieurs au taux minimal de 5 %, pour autant que ces taux étaient applicables au 1^{er} janvier 1991.

Compte tenu du droit communautaire en vigueur, la seule solution envisageable consiste à engager une procédure au niveau européen pour obtenir que les produits non transformés, dont les fruits et légumes, soient assujettis à un taux de TVA très faible, c'est-à-dire inférieur au taux réduit de 5,5 % actuellement applicable. Dans ce sens, on peut rappeler que le Parlement européen a adopté, le 25 septembre 2008, une résolution qui demande, notamment, que la législation communautaire soit modifiée *« afin que la filière des fruits et légumes puisse bénéficier d'un taux très réduit de TVA inférieur à 5 % »*.

Avant d'aller encore plus loin dans la classification des produits à taxer en raison de leur forte teneur en gras, en sucre ou en sel, ou à détaxer en raison de leur qualité nutritionnelle, la mission propose d'attendre les résultats des travaux de l'AFSSA, à paraître en 2008, visant à établir scientifiquement les profils nutritionnels des aliments pour l'accès aux allégations nutritionnelles et de santé au moyen du système SAIN / LIM.

Le SAIN et le LIM sont des indicateurs qui ont été créés pour analyser le rapport entre la qualité nutritionnelle des aliments et leur prix. Ils constituent le fondement de la proposition française dans le débat européen concernant la définition des profils nutritionnels permettant d'attribuer les allégations nutritionnelles.

Le score d'adéquation individuel aux recommandations nutritionnelles (SAIN) représente les aspects favorables de l'aliment et mesure le respect moyen des apports nutritionnels conseillés (ANC). C'est une densité nutritionnelle qui exprime le rapport nutriments/énergie pour 100 kcal.

Le score de composés à LIMiter sur le plan nutritionnel (LIM) représente les aspects défavorables de l'aliment et mesure l'excès par rapport aux valeurs maximales recommandées. Il donne la teneur en sel, acides gras saturés et sucres ajoutés pour 100 g.

Selon Mme Nicole Darmon, chercheur à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), *« l'avènement d'une telle base scientifique permettrait d'affiner le système de modulation fiscale des aliments en fonction de leur qualité nutritionnelle, en proposant par exemple des augmentations de taxe sur les aliments à fort LIM et faible SAIN, et des minorations de taxe sur les aliments à faible LIM et fort SAIN »*.

Par mesure de cohérence, la mission propose aussi d'actualiser les droits d'accises sur l'alcool et les boissons sucrées.

Les sodas et autres boissons très sucrées sont des « calories vides ». Ils sont chargés en énergie mais n'ont aucun intérêt nutritionnel. Loin d'être indispensables dans un régime alimentaire équilibré, ils sont largement impliqués dans l'épidémie d'obésité.

L'alcool est très énergétique. C'est même l'un des produits les plus caloriques : 7 calories par gramme, comme le beurre, soit près de deux fois l'apport d'un soda sucré. Il contribue, de ce fait, comme les sodas sucrés, à l'épidémie d'obésité.

Les droits d'accises, qui prévoient l'imposition d'un montant forfaitaire par hectolitre, sont sur certains produits d'un montant très modéré et n'ont pas été revalorisés depuis plus de douze ans.

Il convient donc en raison des coûts sociaux, des effets sur certains cancers et des liens avec l'excès pondéral de l'alcool et des boissons sucrées d'augmenter les droits d'accises que supportent ces produits.

La mission estime qu'il relève de l'appréciation du gouvernement de déterminer le niveau de cette augmentation au regard des priorités sanitaires et sociales, tout en prenant en compte les enjeux économiques des secteurs concernés.

4. Promouvoir la consommation des fruits et des légumes

Parallèlement à la taxation-détaxation des produits selon leur qualité nutritionnelle, les subventions aux produits de faible densité énergétique et de forte densité nutritionnelle pourraient être développées. Une partie des sommes dégagées par les taxations supplémentaires sur les produits trop gras, trop salés et trop sucrés pourrait être utilisée pour mener des actions en faveur des publics prioritaires et de la consommation de fruits et de légumes.

Les données de l'enquête ENNS 2006 indiquent qu'un peu plus d'un tiers des adultes (35 %) avaient une fréquence de consommation en fruits et légumes insuffisantes, puisqu'ils consommaient moins de 3,5 portions de fruits et légumes par jour, soit 280 grammes. En revanche, 43 % avaient un niveau de consommation correspondant au repère de 5 fruits et légumes par jour fixé par le PNNS, soit 400 grammes.

Il serait ainsi souhaitable de soutenir les fruits et légumes, les cantines scolaires pour la promotion et la distribution de fruits et légumes prioritairement et d'étendre les opérations d'animation et de distribution gratuite de fruits et légumes dans les écoles et les entreprises, au moment des repas. Ces dernières pourraient notamment s'appuyer sur une collaboration avec les marchés d'intérêt national (MIN) pour promouvoir la consommation de fruits et légumes de saison.

La mission propose aussi de promouvoir l'implantation de distributeurs de fruits et légumes dans les lieux publics ou en entreprises au moyen d'une

incitation fiscale qui pourrait prendre la forme d'un amortissement accéléré dérogatoire. En effet, des distributeurs sont implantés mais ils sont ensuite souvent supprimés à défaut d'une rentabilité suffisante.

5. Faciliter l'accès à l'eau de boisson et garantir la qualité nutritionnelle des produits premiers prix

Afin de permettre une hydratation convenable dans les principaux lieux de vie en dehors du domicile, il est souhaitable de poursuivre la promotion de l'installation de fontaines d'eau dans les écoles et dans les entreprises.

Par ailleurs, il apparaît nécessaire d'inciter les entreprises de l'industrie agroalimentaire à améliorer la qualité nutritionnelle des produits transformés premiers prix. Ces produits sont souvent achetés par les personnes les moins fortunées qui sont, déjà, très exposées au risque de surcharge pondérale. Il faut donc travailler de manière ciblée pour améliorer l'offre alimentaire de cette catégorie de produits. La mission considère qu'il devrait s'agir d'une action prioritaire.

C. GARANTIR UNE INFORMATION NUTRITIONNELLE DE QUALITÉ ET PROMOUVOIR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

La politique de lutte contre l'obésité doit être visible, lisible et pratique. Chacun doit pouvoir en comprendre les enjeux, les objectifs et disposer des repères et outils nécessaires pour manger équilibré et avoir une activité physique épanouissante et suffisante pour mieux vivre.

1. Déclarer « grande cause nationale 2009 » l'équilibre nutritionnel et la lutte contre l'obésité et le surpoids

Devant l'ampleur du défi que représente l'augmentation du surpoids et de l'obésité et de ses conséquences individuelles et collectives, la mission propose de déclarer « grande cause nationale 2009 » l'équilibre nutritionnel et la lutte contre le surpoids et l'obésité.

Elle pense qu'un tel « affichage » serait de nature à accroître la prise de conscience de nos concitoyens sur l'importance de l'équilibre nutritionnel et de l'activité physique, car ces deux dimensions sont indissociables.

Il ne s'agit pas de décider de mesures « gadget », symboliques et de peu d'effet réel. Il faut agir en ayant à l'esprit que nous avons une obligation de résultat. La cause n'est pas perdue, bien au contraire. Des actions multiformes, cohérentes et continues, menées au niveau national et relayées au plan local, sur les différents facteurs déterminants de la surcharge pondérale peuvent être efficaces et donner des résultats rapidement bénéfiques à court, moyen et long termes.

Déclarer « grande cause nationale 2009 » l'équilibre nutritionnel et la lutte contre le surpoids et l'obésité serait susceptible de mobiliser l'ensemble des acteurs économiques et sociaux sur un objectif clair, sans stigmatiser les personnes, bien au contraire.

Dans cette logique, il faut mettre en place une action de communication publique d'envergure qui permette d'irriguer l'ensemble des politiques publiques et d'informer de manière large et convergente nos concitoyens.

2. Accroître les moyens de l'information et de l'éducation nutritionnelles

Face à la gravité de la crise nutritionnelle et au développement très rapide de la sédentarité et de l'épidémie d'obésité qui en résulte, il est essentiel de lutter contre la cacophonie actuelle en matière d'information nutritionnelle.

La mission considère que l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) devrait être le pilote de l'information en prévention dans ce domaine. Dans cette logique, l'INPES devrait disposer de moyens accrus pour renforcer l'information et la communication sur la nutrition et la lutte contre le surpoids et l'obésité.

Les campagnes de communication menées depuis quelques années par l'INPES ont été globalement bien reçues par le public. Mais leur efficacité réelle est incertaine et les changements de comportements alimentaires qui en ont résulté sont encore insuffisants. Il faut donner à l'INPES les moyens d'accroître les efforts de communication en nutrition et en promotion de l'activité physique avec pour objectif de fournir aux Français les conseils pratiques nécessaires pour atteindre les repères nutritionnels et l'équilibre énergétique.

Dans cette perspective, il serait souhaitable de prévoir la gratuité des messages télévisés de prévention en santé de l'INPES, notamment en matière de nutrition. On peut à cet égard rappeler que la gratuité a été appliquée pour les messages diffusés dans le cadre des plans canicule.

Actuellement, ainsi que le prévoit une circulaire du Premier ministre, du 30 novembre 2005, chaque année, peuvent être organisées :

– d'une part, une campagne pour une « grande cause nationale » qui ouvre droit à la diffusion gratuite de douze messages par les sociétés publiques de radio et de télévision, mais les autres médias audiovisuels ne sont pas tenus de les diffuser ;

– d'autre part, cinq campagnes « d'intérêt général », la reconnaissance de ce label ouvrant droit à la diffusion des messages sur les chaînes publiques, à un tarif spécial fixé par les régies publicitaires des organismes concernés.

Il serait souhaitable que, compte tenu des intérêts de santé publique, économiques et sociaux que représente la prévention de la surcharge pondérale, l'INPES puisse diffuser plus largement les messages de prévention en santé. L'idée est de rééquilibrer l'information sur les produits alimentaires. Dans cette logique, l'INPES devrait pouvoir diffuser les messages d'information et de prévention, en prélude ou au sein même des « tunnels » de publicité.

Il est donc proposé de prévoir l'obligation pour l'ensemble des chaînes publiques et privées de radio et de télévision de diffuser gratuitement les messages de l'INPES. À cet effet, il conviendrait de modifier les cahiers des missions et des charges des radios et des chaînes publiques ainsi que les conventions des radios et des chaînes privées. Ces médias utilisent l'espace public et il n'est pas anormal de leur demander de participer à l'effort d'information d'intérêt général. Cela permettrait en outre de rééquilibrer – un peu – la pression promotionnelle exercée par les entreprises de l'industrie agroalimentaire et de la distribution pour des produits transformés qui sont parfois trop gras, trop salés et trop sucrés.

Il conviendrait aussi de développer l'information en direction de publics cibles, notamment les plus exposés à l'obésité. En effet, l'obésité touche aujourd'hui en plus grand nombre les couches sociales les plus défavorisées. Il apparaît donc nécessaire d'adapter les messages d'information nutritionnelle qui leur sont destinés. La campagne « 5 fruits et légumes par jour » a eu un impact positif dans les catégories sociales les plus aisées. En revanche, elle a eu un effet neutre, voire négatif, chez les personnes défavorisées.

Les campagnes de prévention, notamment audiovisuelles, méritent également d'être modernisées, à la lumière des techniques nouvelles que sont les neurosciences du consommateur qui sont très largement utilisées par les publicitaires de l'industrie agroalimentaire ou du cinéma.

Quand PHD, la deuxième enseigne d'achat médias du groupe Omnicom (numéro un mondial de la communication) avec un volume d'activité estimé à 300 millions d'euros, s'implante en France avec pour objectif affiché de « proposer une offre pionnière fondée sur les enseignements des neurosciences et de la psychologie cognitive et d'utiliser ces connaissances dans le pilotage des stratégies de communication pour ses clients », selon le dirigeant de l'entreprise, M. Christophe Brossard, dont les propos ont été publiés dans un article du Figaro du 15 octobre 2007, il y a lieu de s'interroger sur l'utilisation de ces nouvelles techniques de communication dans les campagnes publiques de prévention.

Selon M. Olivier Ouiller, maître de conférences en neurosciences à l'Université d'Aix-Marseille « *si les neurosciences aident à comprendre des comportements, notamment pathologiques (par exemple dans l'autisme, la schizophrénie, la dépression et les pathologies neurodégénératives), il n'y a pas de raison qu'elles n'aident pas également à décrypter des comportements de consommateurs... Les publicitaires utilisent déjà très largement le neuromarketing pour faire acheter aux consommateurs des produits dont ils n'ont*

pas besoin. Pour ma part, j'ai choisi d'utiliser les neurosciences « à bon escient », par exemple pour protéger les enfants des produits dangereux, ou pour faire en sorte que, en ville, les panneaux importants (signalisation d'écoles, d'hôpitaux) soient mieux repérés parmi tous les signaux qui captent notre attention. »

Au Canada, une expérience de neuromarketing a déjà été réalisée à l'Université de Montréal par le neuropsychologue Maurice Ptito et le professeur Jean-Charles Chebat, de HEC Montréal, afin d'évaluer l'impact des campagnes de prévention sur le tabac. Les résultats sont parlants puisqu'ils démontrent que lorsqu'une personne regarde les images de poumons noircis, de gencives altérées et de cerveau nécrosé qui figurent sur les paquets de cigarettes, sa réaction de dégoût est telle que son cerveau s'active dans le cortex préfrontal de l'hémisphère droit, siège des émotions négatives. *A contrario*, les images d'une femme enceinte qui fume, d'un cendrier rempli de mégots ou d'un homme qui s'étouffe n'ont aucun effet mesurable sur cette partie du cerveau.

Afin d'accroître l'impact de ses messages d'éducation nutritionnelle, de promotion de l'activité physique, l'INPES devrait certainement explorer ces nouvelles pratiques déjà très largement utilisées par les professionnels la publicité ou de la communication.

Il serait également intéressant de mettre en place un numéro de téléphone Vert afin de diffuser des conseils personnalisés et d'orienter vers les unités thérapeutiques et centres de référence, ainsi qu'un site Internet de référence d'information scientifique et de conseils pratiques sur la nutrition et la lutte contre l'obésité. Les personnes souhaitant s'abonner pourraient par exemple recevoir des informations ciblées par courriels et SMS. Il conviendrait de coordonner les actions avec l'assurance maladie qui a mis en place le programme Sophia d'accompagnement pour les diabétiques.

Par ailleurs, il serait souhaitable, d'une part, de porter à 5 % le taux de la taxe sur la publicité pour les produits alimentaires manufacturés et les boissons avec ajouts de sucres qui a été créée en 2007, d'autre part, de supprimer la possibilité de s'en exonérer.

Actuellement, le taux de cette taxe, dont le produit est affecté à l'INPES, est fixé à 1,5 %. Mais les annonceurs ont la possibilité de s'exonérer du paiement de la taxe en insérant les messages d'information sanitaire de l'INPES.

Depuis sa création en 2007, cette taxe a un rendement très faible : 100 000 euros en 2007 et 30 000 euros pour les quatre premiers mois de 2008.

L'augmentation du taux et la suppression de la possibilité de s'en exonérer permettraient de renforcer les moyens de la politique nutritionnelle.

Afin de vérifier la bonne application de l'obligation d'information sanitaire, il conviendrait aussi de donner mission au Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) et à l'Autorité de régulation professionnelle de la publicité

(ARPP) – ex Bureau de vérification de la publicité (BVP) – de contrôler le respect de l’affichage des messages sanitaires dans les publicités pour les produits alimentaires manufacturés et les boissons avec ajouts de sucres.

La mission suggère aussi de prévoir dans les publicités l’indication du contenu calorique des produits promus. Dans le même esprit d’information du consommateur et afin de lui permettre d’effectuer des choix éclairés, la mission pense que le nombre de Kcals pourrait être mentionné sur les tickets de caisse dans les établissements de restauration rapide ou *fast food*.

Par ailleurs, il serait souhaitable d’utiliser une partie de l’espace qui pourrait prochainement être libéré, à la suite de la suppression de la publicité sur les chaînes de télévision publiques, pour la diffusion de programmes orientés vers l’éducation populaire à la santé, à la cuisine et à la nutrition. Des émissions d’éducation populaire pourraient aussi être diffusées le samedi matin, puisque tous les enfants n’ont plus classe à ce moment, et le mercredi après-midi.

3. Fiabiliser l’information nutritionnelle

Aujourd’hui, force est de constater que les thèmes de l’alimentation et de la nutrition sont porteurs. De nombreux articles de journaux et de magazines, notamment féminins, et de nombreuses émissions de radios et de télévision sont consacrés à l’alimentation, la nutrition, les conseils cuisine ou en santé. Mais la fiabilité des informations délivrées est mal assurée. Les informations sont parfois apportées par des personnes qui ne sont ni médecin, ni nutritionniste ou diététicien. Ces « gourous » de l’alimentation peuvent créer la confusion et les consommateurs ont du mal à se repérer dans ce bruit médiatique auquel les messages publicitaires viennent s’ajouter.

Du fait de cette « cacophonie » sur l’information nutritionnelle, les consommateurs sont confrontés à des difficultés pour effectuer des choix nutritionnels pertinents. Au surplus, les enquêtes menées dans le cadre du PNNS ont permis d’établir que le corps médical et les diététiciens, qui représentent les sources d’informations les plus fiables et les plus crédibles, ne sont que la quatrième ou cinquième source d’information nutritionnelle après les médias écrits, les médias audiovisuels, les parents et les amis.

Dans le but d’améliorer la qualité de l’information nutritionnelle, il serait donc souhaitable de labelliser cette information et l’INPES pourrait être chargé de délivrer le nouveau label. Celui-ci devrait notamment concerner les sites Internet d’information sur l’alimentation et la santé qui connaissent un grand succès. Cela permettrait de fiabiliser l’information nutritionnelle et de donner aux consommateurs le moyen de mieux s’orienter dans leurs recherches.

4. Limiter la publicité pour les produits à forte densité énergétique

Par mesure de cohérence, il est également proposé d'interdire la publicité pour les produits alimentaires de « grignotage » et les boissons sucrées dans les programmes à forte audience d'enfants et d'adolescents.

Plusieurs propositions de loi ont déjà été déposées à l'Assemblée nationale et au Sénat concernant l'interdiction de la publicité pour certains produits alimentaires, notamment au cours des émissions destinées à la jeunesse, selon des modalités diverses.

La concertation engagée sur ce sujet, à la demande du gouvernement, avec les différentes parties prenantes, au deuxième trimestre 2008, n'a pas encore permis de trouver une solution partagée, notamment par l'industrie agroalimentaire. Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, a, lors de son audition par la mission, indiqué que Mme Christine Albanel, ministre de la culture et de la communication, poursuivait la concertation avec les représentants de l'audiovisuel.

Une telle mesure constituerait un signal fort envoyé aux différents acteurs et viendrait renforcer la cohérence d'ensemble des mesures préconisées par la mission.

Dans l'attente des résultats de concertation engagée, il conviendrait d'instaurer un contrôle par le CSA, en concertation avec l'INPES, des publicités alimentaires diffusées dans les programmes destinés à la jeunesse (contrôle des allégations, contrôle de l'information sur le nombre de calories) ainsi que des mini-messages (*gingle*) « nutrition », qui durent quelques secondes, diffusés par les chaînes de télévision pour lancer les publicités.

Par ailleurs, la mission souhaite que des travaux soient menés, sous la responsabilité du CSA, pour évaluer les effets des télévisions pour bébés, avant, le cas échéant de les interdire.

5. Lutter contre la sédentarité et promouvoir les activités physiques et sportives

Le retour à l'équilibre nutritionnel est indissociable du développement de l'activité physique. Il faut agir simultanément sur les deux registres. Le développement de l'activité physique et sportive est donc essentiel pour lutter contre l'obésité ou éviter que celle-ci ne s'installe et ne devienne, éventuellement, irréversible, une fois les cellules adipeuses divisées.

Il est clairement établi qu'une activité physique minimum est une condition nécessaire à la santé et permet de limiter le risque de surcharge pondérale.

À cet égard, on peut rappeler qu'une demi-heure de marche rapide équivaut environ à une consommation de 100 à 150 kilocalories et une heure de nage pour un adulte moyen à 400 kcals. Mais l'absorption de 100 grammes de cacahuètes équivaut à 700 kcals et celle de 100 grammes de *pop corn* à 500 kcals. Dès lors, on comprend la nécessité d'éviter la surconsommation énergétique et d'augmenter la dépense énergétique en augmentant le niveau d'activité physique.

Surtout si l'on ajoute qu'un faible déséquilibre énergétique, de 100 kcals par jour, par rapport à un apport conseillé moyen d'environ 2 000 kcals pour un adulte, soit 5 % de l'apport conseillé, mais maintenu pendant un an, entraîne une prise de poids sur l'année d'environ 5 kg. Sur plusieurs années, le stockage des graisses se cumule et conduit à l'obésité.

Le rééquilibrage des apports caloriques par rapport aux dépenses énergétiques est de nature à limiter le risque de pathologies liées au surpoids et à l'obésité. Le développement de l'activité physique peut avoir un impact important dans le rééquilibrage.

Dans cette logique, la mission propose de renforcer les campagnes de promotion de l'activité physique sous toutes ses formes : marche, vélo, transports actifs, escalier plutôt qu'escalator ou ascenseur... Des messages pourraient être apposés au pied des escaliers pour inciter les personnes n'ayant pas de problème de mobilité à monter les escaliers. Les Français doivent retrouver le goût de l'activité physique, dont on sait qu'elle peut être aussi une source de bien-être mental et physiologique.

On sait par ailleurs, que chaque heure passée devant la télévision accroît le risque d'obésité. Or le temps passé devant les écrans de télévision – et maintenant d'ordinateurs – a considérablement augmenté depuis une vingtaine d'années. Les adultes regardent la télévision en moyenne trois heures par jour et les enfants cinq heures par jour.

Afin de lutter contre la sédentarité excessive, il est proposé de prévoir la diffusion de messages de prévention sur le temps de télévision et d'ordinateur conseillé.

D. AMÉLIORER L'ÉTIQUETAGE NUTRITIONNEL ET L'ACCESSIBILITÉ DES PERSONNES DÉFAVORISÉES AUX PRODUITS NON TRANSFORMÉS, DONT LES FRUITS ET LÉGUMES

Pour pouvoir effectuer des choix alimentaires éclairés, le consommateur doit pouvoir accéder facilement à une information nutritionnelle développée et de meilleure qualité sur les produits eux-mêmes. Dans le même temps, il faut faciliter l'accès des personnes défavorisées aux produits non transformés et plus précisément aux fruits et légumes, dont la consommation en plus grande quantité est conseillée.

1. Mettre en place un étiquetage fondé sur le profil nutritionnel des produits

Il est tout d'abord souhaitable de mettre en place un étiquetage fondé sur le profil nutritionnel des produits alimentaires, c'est-à-dire leur classement en fonction de leur teneur en nutriments. Ce système pourrait être mis en place dans le cadre du règlement communautaire sur les allégations nutritionnelles qui est en cours d'élaboration. Les travaux techniques concernant la définition des profils nutritionnels n'ont pas encore abouti mais il est prévu de les terminer en 2009. On peut citer l'exemple du Royaume-Uni, qui utilise déjà le système des profils nutritionnels dans l'étiquetage des produits grâce à un dispositif de feux tricolores apposé sur l'emballage des produits permettant de donner une information simple et facilement accessible aux consommateurs. D'autres solutions sont envisageables : logos, pictogrammes, indexation avec des lettres, échelle de notation avec des points...

Lorsque la définition des profils nutritionnels aura été menée à son terme, il pourrait être envisagé de créer un label PNNS qui pourrait être attribué par l'INPES à certains produits alimentaires offrant un profil nutritionnel de qualité. Cela permettrait aux consommateurs de se repérer plus facilement et de s'orienter de préférence vers l'offre alimentaire de meilleure qualité nutritionnelle.

Dans le même esprit, il conviendrait d'inciter les secteurs et les entreprises de l'industrie agroalimentaire à conclure des chartes d'engagements nutritionnels réalistes mais aussi ambitieuses que possible.

2. Permettre aux personnes défavorisées d'accéder plus facilement aux produits non transformés, dont les fruits et légumes

Les personnes défavorisées sont, en moyenne, celles qui se nourrissent le plus mal. L'argument économique, c'est-à-dire le prix des produits alimentaires et les limites inhérentes au pouvoir d'achat, est en général avancé – souvent à juste raison, pour expliquer cette situation. Mais ce n'est pas la seule explication. Les causes liées au plus faible niveau d'éducation de ces personnes, à leur exposition plus grande à la publicité, à leur sédentarité plus importante, au déficit en savoirs ménagers, viennent s'ajouter à la question du pouvoir d'achat. Au total, les mauvaises habitudes alimentaires et la consommation de produits, notamment plus gras, plus salés et plus sucrés, entraînent un déséquilibre nutritionnel plus fréquent que dans le reste de la population avec un risque accru de surcharge pondérale.

Pour aider ces personnes à combler certaines carences nutritionnelles et à accéder à une offre de meilleure qualité nutritionnelle. Il serait souhaitable de créer des coupons pour l'acquisition de fruits et légumes et de certains produits non transformés de bonne qualité nutritionnelle délivrés par l'aide alimentaire. Certaines collectivités territoriales en proposent déjà. Il conviendrait d'étendre, voire de généraliser cette pratique.

Par ailleurs, il serait souhaitable de prévoir la création de « titres nutrition santé » permettant d'acheter des produits labellisés PNNS et d'étudier la possibilité d'étendre le droit d'utilisation des chèques restaurant à l'achat de produits non transformés dont les fruits et légumes.

Dans la même logique visant à promouvoir les produits de meilleure qualité nutritionnelle et à ne pas inciter à la consommation des produits de moins bonne qualité nutritionnelle, la mission propose de poursuivre la concertation concernant le retrait des confiseries des caisses de magasins alimentaires.

E. AGIR SUR L'ENVIRONNEMENT ET INCITER À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Il conviendrait, d'une part, de limiter l'utilisation de certains procédés industriels contribuant à augmenter la consommation d'acides gras augmentant le risque d'obésité et de pathologies associées, d'autre part, d'inciter à la mise en place – et en valeur – d'environnements favorables à l'activité physique.

1. Éviter l'utilisation de produits ajoutés notoirement obésogènes

Il faut tout d'abord développer la recherche sur les effets obésogènes du bisphénol A (BPA) présent dans certains plastiques alimentaires.

Le BPA est un produit chimique utilisé dans la fabrication d'un plastique dur et transparent : le polycarbonate. Ce dernier est un composant pour certains emballages plastiques alimentaires et certains biberons. Le BPA, suspecté d'être un obésogène, pourrait notamment être libéré au moment où les plastiques sont chauffés. Les agences de sécurité sanitaire française (AFSSA) et européenne (AESA) ont engagé des travaux de recherche sur ce sujet avant de rendre leurs avis. Depuis le 18 avril 2008, Santé Canada, l'office public de santé du Canada, a engagé une procédure de gestion des risques et, par mesure de précaution, a interdit les biberons en polycarbonate. Aux États-Unis, le BPA figure sur la liste des polluants atmosphériques dangereux mais, le 15 août 2008, la FDA (*Food and drug administration*) a déclaré cette molécule « *non dangereuse pour les adultes et les enfants* ».

Par ailleurs, il conviendrait d'interdire les acides gras trans.

Les acides gras (composant principal des matières grasses) trans font partie des acides gras insaturés. Obtenus par hydrogénation partielle d'huile végétale, ils sont utilisés par les entreprises de l'industrie agroalimentaire pour éviter le rancissement des produits. La consommation régulière d'acides gras trans, même à faibles doses, augmente notamment le risque de maladies cardiovasculaires et le risque de cancer du sein. Il est estimé que l'élimination totale des acides gras trans aux États-Unis permettrait d'éviter de 70 000 à 100 000 décès par an.

Les acides gras trans sont très contrôlés dans certains pays ; dans d'autres, nombreux, ils doivent obligatoirement être mentionnés sur les étiquettes, ce n'est pas le cas en France. Ils font depuis peu l'objet d'interdiction dans les 24 000 restaurants de la ville de New York. Des entreprises les éliminent volontairement de leurs produits ou créent des lignes de produits dépourvues d'acides gras trans. En France, l'AFSSA a publié, en 2005, des recommandations visant à faire baisser la teneur des produits en acides gras trans à 1 % (1 gramme pour 100 grammes de produit) et préconisé un étiquetage spécifique.

Il convient de noter que la commission de l'environnement, de la santé publique et de la sécurité alimentaire du Parlement européen a préconisé, dans la résolution qu'elle a adoptée au mois de mai 2008, l'interdiction des acides gras trans.

2. Faciliter la pratique d'activités physiques et sportives

L'augmentation de la dépense énergétique et le rééquilibrage entre les apports caloriques et les dépenses passent par le développement de l'activité physique. Il faut donc encourager l'effort physique par différents moyens.

L'objectif doit être d'intégrer un certain niveau d'activité physique dans la vie quotidienne pour mieux contrôler son poids corporel. L'activité physique quotidienne doit devenir – ou redevenir – une habitude. Le niveau habituel d'activité physique doit être en relation, de manière durable, avec les apports alimentaires. L'activité physique doit ainsi être partie intégrante de l'équilibre de vie.

Le rapport établi par l'INSERM, à la demande du gouvernement, et publié au mois de mars 2008, sur le sport et les activités physiques, indique notamment que le repère de 30 minutes d'activité physique par jour, jusqu'à présent promu dans le cadre du PNNS, n'est pas suffisant. Selon l'INSERM, il serait souhaitable d'augmenter sensiblement la durée d'activités physiques quotidiennes pour espérer obtenir un effet tangible dans la lutte contre la surcharge pondérale.

Afin que chacun puisse rééquilibrer le bilan d'énergie à long terme, il serait souhaitable que les Français retrouvent le goût de l'activité physique régulière. Cela passe, indique l'INSERM, par le développement d'activités physiques, notamment pour les enfants, fondées sur le plaisir et le partage. Les activités physiques ludiques périscolaires peuvent y contribuer. Il faudrait donc les développer. Les installations sportives scolaires pourraient notamment être mises, plus largement, à la disposition des associations qui organisent des activités en dehors des heures d'école, par exemple le week-end et pendant les périodes de vacances scolaires. Cette question doit être examinée avec le ministère de l'éducation et les collectivités territoriales. Le Centre national pour le développement du sport (CNDS) mène déjà des actions importantes dans ce domaine, notamment dans le cadre du programme national de développement du sport 2006-2008. Ces actions pourraient être encore renforcées.

Le nombre d'heures de sport à l'école pourrait aussi être augmenté. Ainsi que Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, l'a indiqué, lors de son audition par la mission, le gouvernement a engagé une réflexion sur cette question. Cette mesure pourrait s'inscrire dans un plan plus vaste. Le gouvernement envisage en effet de mettre en place un programme national de prévention et de santé publique par les activités physiques. Cette stratégie nationale devrait être annoncée à l'automne prochain. Un rapport préparatoire sur ce sujet doit être remis prochainement à la ministre.

Mais la promotion de l'activité scolaire ne doit pas se limiter à l'école et aux enfants. Il faut également promouvoir l'activité physique en milieu professionnel. Les entreprises pourraient ainsi être incitées à aménager le temps de travail pour faciliter la pratique d'activités sportives par les salariés, à développer des salles de sport au sein des entreprises, à prendre des abonnements à des salles de sport pour les salariés. Les comités d'entreprise pourraient être aussi incités à s'impliquer davantage dans l'organisation et la promotion de stages et de vacances sportives ainsi que de cours de nutrition.

En outre, l'activité physique pourrait être aussi mieux intégrée, de manière individualisée, dans l'approche curative globale de certaines pathologies liées à la surcharge pondérale. À cet effet, il serait notamment souhaitable que des recommandations et référentiels soient établis pour aider les professionnels médicaux et paramédicaux à concrétiser cette orientation.

F. RENFORCER L'ÉDUCATION À LA SANTÉ ET À LA NUTRITION

La mission considère que pour endiguer l'épidémie de surpoids et d'obésité il faut agir en priorité sur les enfants pour qu'ils adoptent de bons comportements alimentaires. Un des principaux leviers est l'éducation à la santé et à la nutrition qui peut être délivrée dans le cadre de l'école.

1. Inscrire l'éducation à la santé et à la nutrition dans les missions de l'école

L'éducation à la santé et à la nutrition des enfants durant leur scolarité devrait être une priorité.

Il conviendrait de prévoir dans les missions de l'école, dans le socle commun de connaissances et de compétences ainsi que dans les programmes, une éducation à la santé obligatoire, large, cohérente et pratique, spécialement en matière de nutrition, sur l'ensemble de la scolarité.

L'éducation à la santé des enfants et des jeunes est un enjeu majeur car l'on sait que c'est dans cette période que se met en place le « référentiel nutritionnel ». Il s'agit de donner à chaque enfant les connaissances pratiques et utiles nécessaires pour lui permettre de gérer son « capital santé » et d'effectuer

des choix alimentaires et d'activités physiques éclairés, propices à l'équilibre nutritionnel et de santé, tout au long de sa vie.

Les textes actuels, qu'il s'agisse du socle commun de connaissances et de compétences, des programmes scolaires du primaire et du secondaire ou encore de la circulaire du ministère de l'éducation du 1^{er} décembre 2003 fixant un programme quinquennal de prévention et d'éducation, ne sont pas suffisamment précis et contraignants en ce qui concerne l'éducation nutritionnelle et la prévention de l'obésité. Le rapport du groupe de travail du PNNS sur la place de la nutrition dans les enseignements scolaires a bien mis ce point en évidence. En dehors de certaines opérations ponctuelles, comme la semaine du goût ou d'autres initiatives locales, les questions d'alimentation et de nutrition sont bien abordées dans les programmes, mais le plus souvent sous un angle scientifique, ce qui ne permet pas de faire le lien avec la vie quotidienne.

La gravité de l'épidémie d'obésité et de ses conséquences économiques et sociales exige de renforcer et de structurer l'action éducative en matière de nutrition et de gestion de son corps. Celle-ci devrait notamment avoir pour objet de faire comprendre aux enfants que le déséquilibre alimentaire durable est une conduite à risque qui peut porter gravement atteinte à leur intégrité corporelle, à long terme.

Il ne s'agit pas de recourir à des arguments hygiénistes, moralisateurs ou coercitifs, mais de s'inscrire dans une dynamique de messages et d'actions éducatives positives permettant à chaque enfant de prendre conscience qu'il est détenteur d'un capital santé et qu'il doit apprendre à le gérer.

L'éducation nutritionnelle obligatoire à l'école, à laquelle doit être très étroitement associée la médecine scolaire, peut aussi permettre de corriger les inégalités nutritionnelles territoriales et sociales. Elle peut contribuer à éviter le déterminisme nutritionnel.

De nombreuses actions sont menées dans les établissements scolaires. Il faut donc mutualiser les enseignements tirés de ces expériences et généraliser les meilleures pratiques à l'ensemble des établissements scolaires. C'est bien le sens des mesures législatives que la mission propose.

2. Favoriser l'apprentissage des savoirs ménagers

À plusieurs reprises, les personnes auditionnées par la mission ont souligné la perte des savoirs ménagers pour expliquer la dégradation des habitudes alimentaires et le développement de la consommation de produits transformés. Cela est notamment lié au modèle de la famille satellite qui a entraîné une rupture dans la transmission de ces savoirs mais aussi au développement de l'offre de produits transformés de plus en plus faciles à utiliser, comme les produits de « quatrième gamme », c'est-à-dire les produits végétaux frais prêts à être consommés (salade ou fruits sous vide par exemple).

Les organismes sociaux mènent souvent des actions de type « atelier cuisine » pour permettre aux personnes qui le souhaitent d'acquérir ou de retrouver les bases de la cuisine. Diverses actions pourraient être menées dans ce domaine pour retrouver le goût de la convivialité et du partage autour des repas quotidiens préparés au domicile.

Il serait notamment souhaitable que les caisses d'allocations familiales, les caisses primaires d'assurance maladie et les collectivités territoriales coordonnent leurs actions sociales en matière de nutrition, d'aide familiale et de conseils de cuisine. Apprendre à gérer un budget familial pourrait être aussi un axe de travail à fixer aux organismes sociaux. Cela pourrait notamment permettre de comparer les produits entre eux transformés et non transformés et de donner de l'information sur les « vrais » prix de ces produits.

Cette orientation donnée à l'action sociale pourrait être prévue dans les prochaines conventions d'objectifs et de gestion de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et dans les conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens des CPAM et des CAF.

G. DÉVELOPPER LA FORMATION EN NUTRITION ET DÉFINIR DE NOUVEAUX MÉTIERS

Le succès de la politique nutritionnelle suppose d'améliorer la formation des professionnels impliqués dans les questions d'alimentation et de nutrition : professionnels de santé médicaux et paramédicaux, professionnels des services à la personne, professionnels du sport et de l'activité physique, professionnels de l'alimentation...

1. Améliorer la formation en nutrition des personnels des établissements scolaires et des assistantes maternelles

La formation en nutrition est présente dans de nombreux cursus de formation. Mais elle ne doit pas se limiter aux seules dimensions chimiques et physiologiques de la nutrition ; elle doit prendre en compte aussi les autres dimensions de la nutrition : psychologiques, sociales et de santé publique. Cela n'est pas toujours le cas.

Afin d'améliorer le dépistage et la prise en considération de l'objectif d'équilibre nutritionnel dans le cadre de l'école, il pourrait être demandé au médecin scolaire de donner une information en nutrition aux membres du personnel des établissements scolaires à l'occasion de leur examen de santé obligatoire.

Actuellement, le médecin scolaire doit donner à ces personnels, tous les deux ans, une information sur les causes, les conséquences et les moyens de traitement et de lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie. Compte

tenu des conséquences économiques et sociales à long terme de la surcharge pondérale, la lutte contre l'obésité doit être placée au même rang que ces autres facteurs de risques.

Par ailleurs, il serait souhaitable de renforcer la formation en nutrition des assistantes maternelles. Les assistantes maternelles « indépendantes », employées par les parents, constituent le premier mode de garde des enfants de moins de six ans. Les 270 000 assistantes maternelles qui accueillent près de 700 000 enfants chaque jour peuvent donc jouer un rôle important dans l'apprentissage des bons comportements alimentaires, dès le plus jeune âge. Les dispositions législatives et réglementaires qui ont été prises en 2005 et 2006 ont amélioré sensiblement la formation des assistantes maternelles, en particulier en matière d'alimentation et de nutrition. Il serait cependant souhaitable que cette formation souligne l'importance du suivi du poids de l'enfant pour prévenir la surcharge pondérale et insiste sur l'apprentissage des bons comportements alimentaires.

2. Organiser les métiers de la diététique et de la nutrition

Le développement du surpoids et de l'obésité entraîne une augmentation des besoins en professionnels médicaux et paramédicaux compétents et bien formés pour prendre en charge les personnes obèses et tenter d'apporter des réponses à la crise nutritionnelle. Il conviendrait donc de mieux organiser les métiers de la nutrition et de la diététique et d'améliorer la formation des professionnels. Différents travaux ont été menés sur ce thème, notamment dans le cadre du PNNS. Le rapport du professeur Ambroise Martin sur la formation à la nutrition des professionnels, de novembre 2006, fait aussi le point sur ce sujet.

La mission souhaite insister sur l'importance d'organiser une filière de formation cohérente avec les besoins croissants de prise en charge des problèmes nutritionnels.

Il lui apparaît notamment nécessaire de faire aboutir la réforme de la formation et du statut des diététiciens et nutritionnistes.

Plus de 4 500 diététiciens exercent en France. La plupart (60 %) travaillent dans des établissements de santé. Cependant, les diététiciens peuvent exercer leur activité en cabinet libéral (26 %) et ce mode d'activité se développe. Dans ce cas, l'activité du diététicien est souvent complémentaire à celle du médecin de ville, qu'il soit généraliste ou nutritionniste. Des diététiciens sont aussi de plus en plus employés par les collectivités territoriales (14 %). Cette tendance devrait d'ailleurs s'accroître, notamment si les recommandations relatives aux cantines scolaires et à la restauration collective sont rendues obligatoires, comme la mission le propose. L'implication croissante des collectivités territoriales dans la mise en œuvre des programmes de santé publique et de prévention contre l'obésité, en coordination avec les ARS, devrait encore renforcer cette tendance. Les professionnels s'orientent aussi vers les nouveaux métiers créés dans l'industrie agroalimentaire ou dans les agences de communication.

Les diététiciens pourraient être également mobilisés dans des démarches populationnelles proactives de dépistage, d'éducation et de conseils nutritionnels menées en coordination avec les médecins généralistes et les médecins nutritionnistes. Ils pourraient aussi intervenir davantage dans le cadre des réseaux de soins de l'obésité et dans les maisons de santé pluridisciplinaires.

La loi du 30 janvier 2007 relative à l'organisation de certaines professions de santé prend en compte ces évolutions. Elle fixe le statut de professionnel de santé des diététiciens et définit ses conditions d'exercice : nécessité d'une formation de deux années sanctionnée par un diplôme d'État de diététicien, enregistrement et protection du titre.

Cependant, pour mieux répondre aux nouveaux besoins, il conviendrait d'allonger la durée de formation des diététiciens d'une année. La mise en conformité avec les standards européens, suppose en effet de mettre en place une formation universitaire de niveau licence pour les diététiciens et de niveau master pour la formation aux activités d'enseignement, d'expertise et de recherche qui doivent être développées.

Il conviendrait aussi de clarifier le statut des médecins nutritionnistes et de définir en conséquence la formation de spécialisation, c'est-à-dire le diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC). Cela permettrait de lutter contre la désaffection du corps médical pour cette discipline et contribuerait au développement de la discipline en donnant aux patients la certitude qu'ils peuvent s'adresser à des professionnels bien formés.

En outre, il pourrait être prévu de définir les actes spécifiques des deux professions de médecin nutritionniste et de diététicien ainsi que leurs conditions de prescription et de remboursement.

La formation des médecins en matière de nutrition et de lutte contre l'obésité apparaît aussi insuffisante. Selon le rapport du professeur Ambroise Martin, les enseignements consacrés à la nutrition dans le cursus des études médicales représentent une vingtaine d'heures de cours. Cela contribue sans doute au désintérêt affiché par nombre de médecins pour la prise en charge des déséquilibres nutritionnels. Compte tenu des conséquences sanitaires, économiques et sociales du surpoids et de l'obésité, il serait opportun de renforcer la place qu'occupent les enseignements en nutrition et à la prise en charge de l'obésité dans la formation médicale initiale.

Dans cette logique, il serait également souhaitable de faire de la lutte contre l'obésité une priorité de la formation médicale continue des médecins.

3. Renforcer la formation en nutrition de l'encadrement sportif et définir les nouveaux métiers de l'activité physique

À plusieurs reprises, lors des auditions tenues par la mission, il a été fait état du besoin de créer un nouveau métier de l'activité physique, intermédiaire

entre les métiers de rééducation et ceux de l'encadrement sportif. La mission estime que cette idée mériterait d'être étudiée.

Par ailleurs, plus généralement, il serait souhaitable de renforcer la formation en nutrition dans les formations des professionnels de l'activité physique et de l'encadrement des loisirs.

4. Créer un nouveau métier dans la distribution

La mise en valeur, dans les magasins alimentaires, des produits de meilleure qualité nutritionnelle pourrait justifier la création d'un nouveau métier de conseiller en savoirs ménagers-vendeur spécialisé en nutrition. Un certificat d'aptitude professionnel (CAP) pourrait être créé à cet effet.

H. RESPECTER LES DROITS DES PERSONNES OBÈSES

Actuellement, un Français adulte sur deux, soit environ 25 millions de personnes, est en surcharge pondérale et plus d'un adulte sur six est obèse, soit environ 8 millions de personnes. En outre, au rythme de progression actuel, le nombre de personnes obèses augmente de 320 000 à 400 000 chaque année. Ces chiffres sont impressionnants et inquiétants. Surtout si l'on rappelle que pour nombre de personnes obèses, l'obésité peut être irréversible.

Il faut donc tout à la fois lutter pour stopper l'épidémie, puis la réduire, mais aussi apprendre à mieux vivre ensemble. De ce point de vue également, le défi de l'obésité est un enjeu de société majeur qui dépasse de beaucoup la simple prise en compte de ses conséquences sanitaires, économiques et sociales.

1. Lutter contre les discriminations à l'égard des personnes obèses

Les personnes obèses sont souvent confrontées à des discriminations dans leur vie quotidienne, familiale, économique ou sociale. Les représentants d'associations de personnes obèses qui ont été auditionnées par la mission ont ainsi fait état de nombreuses discriminations dans l'emploi, dans l'accès au crédit, à l'assurance, aux soins, aux transports, aux salles de sport...

Des travaux menés par l'Observatoire des discriminations de la Faculté de la Sorbonne montrent ainsi qu'une personne obèse a trois fois moins de chances qu'une personne de poids « normal » d'obtenir un entretien d'embauche pour un emploi de commercial, comprenant des contacts avec la clientèle. La discrimination s'étend même aux emplois de télévendeur, les personnes obèses recevant un quart de réponses positives en moins... Et les réponses positives concernent des emplois de moins bonne qualité, éloignés et moins rémunérateurs. La discrimination joue tout au long de la vie professionnelle de la personne obèse. L'accès à l'enseignement supérieur est plus difficile, le niveau de revenus est plus faible, la promotion professionnelle plus lente.

En outre, le sentiment de rejet que les personnes obèses éprouvent souvent les enferme dans certaines catégories professionnelles. Elles choisissent des métiers dans lesquels l'apparence est moins importante. Nombreux sont les témoignages de personnes obèses dont la candidature a été rejetée après que l'employeur leur a fait comprendre que leur physique ne donnerait pas une bonne image du magasin ou de l'entreprise. Pour ces raisons, les personnes obèses travaillent surtout dans les métiers de la santé et de l'action sociale (22 %) ainsi que dans les administrations publiques (13 %). En revanche, les personnes obèses occupent seulement 2 à 3 % des emplois dans les secteurs de l'hôtellerie ou des services aux entreprises qui regroupent essentiellement des métiers où la représentation a une place importante.

L'accès aux soins est également plus difficile pour les personnes obèses. Ces personnes sont souvent en souffrance psychologique et elles peuvent avoir tendance à se refermer sur elles-mêmes. Elles peuvent ainsi se placer dans une situation de refus de recourir aux soins. Les personnes obèses, en particulier celles présentant une obésité massive, se sentent aussi parfois rejetées par le corps médical lui-même qui porte un regard négatif sur l'obésité, souvent par défaut de formation mais aussi parce que la prise en charge de l'obésité est difficile et demande du temps. Cette situation qui met en cause l'égalité d'accès aux soins n'est pas acceptable. Les personnes obèses doivent bénéficier de l'égalité de traitement et doivent pouvoir être prises en charge correctement par le système de soins, qu'il s'agisse de la médecine de ville ou de l'hôpital.

L'accès à l'assurance est aussi plus difficile et plus coûteux. Les assurances demandent généralement le paiement de surprimes aux personnes obèses et celles qui présentent un IMC supérieur à 40 se voient parfois opposer un refus d'assurance.

Les personnes obèses rencontrent aussi des difficultés dans l'accès aux transports, notamment aux transports aériens. Les compagnies aériennes demandent parfois aux personnes obèses de payer deux places.

Elles se voient aussi parfois refuser l'accès aux salles de sport, alors qu'il leur est souvent conseillé de le pratiquer.

Peu de travaux officiels ont été réalisés sur les discriminations à l'égard des personnes obèses. Le problème n'est pourtant pas marginal. Il serait souhaitable que cette question fasse l'objet d'un intérêt plus grand et que le développement de la recherche soit encouragé sur ce point.

Néanmoins, au plan juridique, des progrès importants ont été faits depuis le début des années 2000. La loi du 16 novembre 2001 relative à la lutte contre les discriminations a notamment étendu les dispositions visant à lutter contre les discriminations dans le travail (embauche, rémunération, affectation, promotion professionnelle, mutation, renouvellement de contrat...) aux discriminations en raison de l'« *apparence physique* ». Cette même loi a aussi renversé la charge de

la preuve. Il incombe désormais à la partie défenderesse de prouver que la décision contestée est justifiée par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination. La loi du 16 novembre 2001 étend aussi l'application des sanctions pénales aux discriminations en raison de l'apparence physique. Les dispositions pénales ont été récemment modifiées par la loi du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations. Les nouvelles dispositions précisent notamment les notions de discrimination directe ou indirecte et de refus discriminatoire ou non discriminatoire.

Par ailleurs, les personnes obèses peuvent bénéficier des dispositions prévues par la loi du 31 janvier 2007 relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé. La loi consacre ainsi les dispositions de la convention AERAS (S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) conclue en juillet 2006 avec les représentants professionnels des banques, de l'assurance et de la mutualité ainsi que les associations de malades. Le but est de favoriser l'accès au crédit immobilier ou à la consommation et à l'assurance des personnes malades ou qui l'ont été, en faisant diminuer les refus de prêt et les surprimes. Le surpoids peut être considéré comme un risque aggravé de santé et donc ouvrir droit aux dispositions de la convention.

Selon la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), 93 % des 400 000 demandes d'assurance pour des prêts professionnels ou immobiliers effectuées par des personnes présentant un risque aggravé de santé, soit un peu moins de 10 % du total de ces demandes, ont fait l'objet d'une proposition d'assurance couvrant au moins le risque décès. Les 7 300 cas présentant les risques les plus lourds ont été transmis au groupe chargé d'examiner les demandes présentant des risques très aggravés, instauré par la convention, qui a permis qu'une proposition d'assurance soit faite pour 20 % de ces dossiers. Mais ces données ne précisent pas la nature du risque aggravé ayant permis de bénéficier de la convention AERAS.

La Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) ne tient pas de statistiques sur les discriminations en raison de l'apparence physique. Celles-ci sont incluses dans les discriminations en raison de l'état de santé ou du handicap. Cependant, la HALDE a pris récemment deux délibérations qui considèrent comme discriminatoires des décisions de refus en matière d'emploi fondées sur des critères de poids. La première délibération concerne un refus d'extension d'agrément pour l'accueil d'un second enfant par une assistante maternelle, fondée sur la corpulence. La HALDE a estimé que le refus reposait sur des préjugés liés au poids et donc à l'apparence physique et était discriminatoire, au regard de la réglementation applicable en l'espèce. La seconde délibération concerne une condition d'aptitude physique prévoyant que l'IMC du candidat à l'admission dans un corps de l'administration pénitentiaire doit être compris entre 21 et 30. La HALDE a considéré que la référence à l'indice de masse corporelle des candidats présentait un caractère discriminatoire à raison de l'apparence physique. On peut préciser qu'en l'espèce, le candidat avait satisfait

aux épreuves physiques d'aptitude prévues par le décret fixant les modalités du concours.

Compte tenu de l'importance des discriminations subies par les personnes obèses, il serait souhaitable que la HALDE se mobilise davantage sur ce thème de manière à mieux prendre la mesure du problème. Mais, il conviendrait de s'assurer, au préalable, auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), de la légalité d'une telle démarche.

Devant ces nombreux problèmes de discrimination, la mission considère que faire de la lutte contre l'épidémie d'obésité et de surpoids une grande cause nationale de la lutte permettrait d'agir pour le respect des droits des personnes obèses. Les moyens mis en œuvre dans ce cadre devraient notamment permettre de financer des campagnes de communication visant à lutter contre les discriminations à l'égard des personnes obèses et à améliorer l'acceptation de celles-ci dans la société. C'est d'ailleurs ce qui a été fait avec succès pour les malades du SIDA qui ont bénéficié de campagnes de communication visant à leur acceptation dans la vie professionnelle ou quotidienne.

2. Respecter la diversité corporelle

En matière de respect de la diversité corporelle dans les médias, des progrès pourraient être accomplis. Les médias valorisent, parfois de manière excessive, un idéal de minceur qui peut induire des risques de troubles du comportement alimentaire. Il conviendrait de parvenir à une représentation plus équilibrée de la diversité corporelle, en particulier sur les chaînes de télévision.

Le Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) a pour mission de *« contribuer à la lutte contre les discriminations dans le domaine de la communication audiovisuelle »*. Il doit notamment veiller *« à ce que la programmation reflète la diversité de la société française »*. Dans cet esprit, le CSA a créé, en son sein, fin 2007, un Observatoire de la diversité audiovisuelle. L'Observatoire a commencé ses travaux au mois d'avril 2008. M. Michel Boyon, président du CSA, a indiqué, lors de son audition par la mission que l'Observatoire pourrait prendre en compte dans ses travaux la question de l'obésité et de la représentation corporelle dans les médias audiovisuels. La mission encourage cette initiative et souhaite qu'elle permette de déboucher sur des améliorations visibles dans les programmes des chaînes.

Ici encore, le label de grande cause nationale pourrait agir comme un stimulant dans l'avènement d'une représentation plus équilibrée de la diversité corporelle à la télévision.

CONCLUSION

À l'issue de ses travaux, riches et intenses, la mission d'information estime que l'extension rapide de l'épidémie de surpoids et d'obésité peut être stoppée, avant d'inverser la tendance. Les évolutions récentes et la mondialisation de l'épidémie pourraient pourtant laisser penser le contraire. Si l'obésité, lorsqu'elle est installée chez une personne, peut dans certains cas être irréversible, la mission considère que l'épidémie peut être combattue et qu'elle n'est pas inéluctable. Les mesures qui sont préconisées dans le rapport s'inscrivent dans cette logique et viennent en appui de la politique qui a été engagée dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS). Elles viennent le compléter et sont la marque de la volonté politique forte qu'a souhaité exprimer la mission.

Le combat n'est pas facile mais les enjeux sanitaires, sociaux et économiques sont tels qu'ils compromettent l'équilibre de notre société. Compte tenu de ces enjeux et de la multiplicité des déterminants de nos comportements alimentaires, la mission préconise de nombreuses mesures qui visent à les infléchir de manière convergente et simultanée. L'application de ces mesures devrait permettre à nos concitoyens de retrouver le goût de l'équilibre alimentaire et de l'activité physique.

La mission veut aussi adresser un message positif et de confiance dans l'avenir. La France est riche d'une culture gastronomique mondialement réputée. Son agriculture est forte. Elle dispose de nombreux atouts qu'il lui faut orienter et valoriser. La mission pense que la France peut être un exemple pour le monde dans la lutte contre le surpoids et l'obésité et appelle chacun à se mobiliser dans ce sens.

* * *

*

La mission d'information a adopté le présent rapport lors de sa réunion du mercredi 24 septembre 2008.

LISTE DES PROPOSITIONS

– 8 axes et 83 propositions –

FAIRE DE L'ÉQUILIBRE NUTRITIONNEL ET DE LA LUTTE CONTRE L'ÉPIDÉMIE D'OBÉSITÉ ET DE SURPOIDS UNE GRANDE CAUSE NATIONALE POUR 2009

PREMIER AXE : AMÉLIORER LE DÉPISTAGE PRÉCOCE DE L'OBÉSITÉ ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES OBÈSES ET EN SURPOIDS

Organiser le dépistage précoce de la surcharge pondérale

1. Instaurer une obligation de mesurer, lors de chaque visite médicale, les poids, taille et indice de masse corporelle (IMC) des enfants et des jeunes et d'enregistrer ces données sur le carnet de santé et ajouter dans le carnet de santé une mention incitant à surveiller le rebond d'adiposité ;

2. Recommander de mesurer les poids, taille, tour de taille et indice de masse corporelle (IMC) des adultes en surcharge pondérale lors des visites médicales chez le médecin traitant, notamment lors des visites médicales du travail, et d'enregistrer ces données sur le dossier de santé (et en informatique) ;

3. Mobiliser davantage la Protection maternelle et infantile (PMI) sur le dépistage de l'obésité, l'information des parents sur ce thème, le suivi des jeunes enfants et la coordination avec la médecine scolaire ;

4. Organiser la contractualisation entre les agences régionales de santé (ARS) et la PMI ;

5. Instaurer une obligation de partage d'information des données relatives au poids, à la taille et à l'IMC, entre la PMI, l'école, la médecine de ville et l'hôpital.

Améliorer la prise en charge de l'obésité et des patients obèses

6. Mettre en place des politiques proactives concernant les enfants et les jeunes en surcharge pondérale ou présentant un risque de surcharge pondérale : actions collectives ciblées, plan de retour à l'équilibre nutritionnel individualisé (PRENI)... ;

7. Achever rapidement la mise à niveau en termes d'accueil, de personnels et d'équipements des 31 centres de référence régionaux prévus pour la prise en charge des patients obèses, notamment présentant une obésité morbide ;

8. Développer des unités thérapeutiques de prise en charge de l'obésité sur le territoire en fonction des besoins recensés ;

9. Organiser dans les maisons de santé, la prise en charge pluridisciplinaire des personnes obèses ;

10. Doter chaque région de moyens de transport médicalisé adaptés aux personnes présentant une obésité massive ;

11. Promouvoir l'éducation thérapeutique.

Adapter les financements à la prise en charge des personnes obèses

12. Prendre en compte, dans la tarification à l'activité à l'hôpital, le surcoût que représente la prise en charge des personnes présentant une obésité morbide ;

13. Prendre en compte dans la nouvelle tarification, en préparation, des services de soins de suite et de réadaptation, la prise en charge des personnes obèses ;

14. Réfléchir à la modulation de la prise en charge par les mutuelles et les assurances complémentaires en fonction du respect et du sérieux du suivi du parcours de soin ;

15. Demander aux mutuelles et assurances complémentaires d'étudier la possibilité de prendre en charge des consultations de diététique et l'accompagnement psychologique des personnes obèses.

Mobiliser la médecine scolaire

16. Étudier la possibilité de rapprocher les médecins scolaires du ministère de la santé et prévoir une contractualisation avec les ARS ;

17. Améliorer la formation initiale et continue des médecins et des infirmières scolaires sur la nutrition et la prise en charge de l'obésité.

Impliquer davantage la médecine du travail sur le thème de l'obésité

18. Donner mission à la médecine du travail de développer des actions collectives de sensibilisation à la nutrition et à la lutte contre la sédentarité et l'obésité, de dépistage systématique de la surcharge pondérale lors des visites médicales du travail, d'orientation et de suivi des personnes obèses, de contrôle de la restauration collective d'entreprise, de développement de l'activité physique et d'installations sportives, d'organisation de modes de transports actifs.

DEUXIÈME AXE : AMÉLIORER LA QUALITÉ NUTRITIONNELLE DES ALIMENTS

19. Développer l'information nutritionnelle pendant la grossesse, à la maternité ainsi que chez les pédiatres en direction des parents de jeunes enfants.

Promouvoir l'allaitement maternel

20. Inciter au développement de l'allaitement maternel dans les maternités et après la sortie de maternité, et informer les mamans sur leurs droits concernant l'allaitement au travail ;

21. Inciter à la labellisation des hôpitaux ou cliniques « hôpital ami des bébés » (initiative de l'OMS et de l'UNICEF) ;

22. Prévoir l'obligation pour les crèches de conserver, à la demande des parents, le lait maternel en vue de l'alimentation du nourrisson ;

23. Demander aux assistantes maternelles de systématiquement encourager au maintien de l'alimentation du nourrisson au lait maternel (promotion du tire-lait) ;

24. Instaurer une obligation d'informer les jeunes mamans dans les maternités sur leurs droits en matière d'allaitement au travail (information sur les conventions collectives) ;

25. Étudier la possibilité d'allonger la durée du congé de maternité.

Impliquer les cantines scolaires et la restauration collective

26. Rendre obligatoire les recommandations nutritionnelles relatives aux marchés publics de restauration collective et en étendre l'application à la restauration universitaire ;

27. Vérifier l'opportunité de l'introduction de 15 % en 2010 et de 20 % en 2012 de denrées issues de l'agriculture biologique dans les menus proposés par la restauration collective et d'étudier les conséquences sur l'exécution des contrats dans le cas où l'approvisionnement n'est pas assuré ;

28. Rendre obligatoire la participation d'un diététicien à l'élaboration des menus de cantines scolaires et de restauration d'entreprise ;

29. Inciter à la mutualisation des moyens financiers et humains à un échelon supérieur à celui des établissements scolaires afin de recruter des compétences diététiques ou créer des groupements d'achats de matières premières ;

30. Développer et communiquer des outils prêts à l'emploi pour aider les établissements scolaires dans la définition des menus ;

31. Renforcer la formation en nutrition des personnels de restauration collective ;

32. Fixer des normes concernant l'environnement et la durée des repas dans les cantines scolaires ;

33. Diffuser des recommandations aux enseignants, aux parents et aux enfants visant à éviter l'apport par les enfants d'aliments à l'école.

Moduler la fiscalité des aliments en fonction de leur qualité nutritionnelle

34. Appliquer le principe de taxation-détaxation en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments (pas d'augmentation de taxe sur certains aliments sans diminution de taxe sur d'autres) ;

35. Assujettir les produits de grignotage et de *snacking* (trop gras, trop sucrés, trop salés) au taux normal de TVA de 19,6 % au lieu du taux réduit de 5,5 % actuellement applicable (augmentation progressive), car ces produits sont impliqués dans l'épidémie d'obésité et ne sont pas indispensables à une alimentation équilibrée ;

36. Engager une procédure au niveau européen pour pouvoir assujettir les produits non transformés, dont les fruits et légumes, à un taux de TVA de 2 % au lieu de 5,5 % ;

37. Actualiser les droits d'accises sur l'alcool et les boissons sucrées.

Promouvoir la consommation des fruits et légumes

38. Subventionner les cantines scolaires pour la promotion et la distribution de fruits et légumes ;

39. Aider à la distribution gratuite de fruits et légumes de saison dans les écoles et les entreprises, en collaboration avec les marchés d'intérêt national ;

40. Promouvoir l'implantation de distributeurs de fruits et légumes dans les lieux publics et les entreprises : amortissement accéléré.

Faciliter l'accès à l'eau de boisson et garantir la qualité nutritionnelle des produits premiers prix

41. Promouvoir l'installation de fontaines d'eau dans les écoles et les entreprises ;

42. Inciter les entreprises de l'industrie agroalimentaire à améliorer la qualité nutritionnelle des produits premiers prix.

TROISIÈME AXE : GARANTIR UNE INFORMATION NUTRITIONNELLE DE QUALITÉ ET PROMOUVOIR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Accroître les moyens de l'information et de l'éducation nutritionnelles et fiabiliser l'information

43. Renforcer l'information et la communication de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) sur la nutrition et la lutte contre l'obésité et donner mission à l'INPES de labelliser l'information nutritionnelle ;

44. Prévoir la gratuité des messages télévisés de prévention en santé de l'INPES, notamment en matière de nutrition ;

45. Développer l'information en direction de publics cibles, notamment les plus exposés à l'obésité : mise en place d'un numéro de téléphone Vert et d'un site Internet de référence d'information scientifique, d'information et de conseil pratiques sur la nutrition et la lutte contre l'obésité, envoi d'informations ciblées par courriels et SMS (ordinateurs et téléphones portables), coordination des actions avec l'assurance maladie qui a mis en place le programme Sophia d'accompagnement pour les diabétiques ;

46. Porter à 5 % le taux de la taxe sur la publicité pour les produits alimentaires manufacturés et les boissons avec ajouts de sucres et supprimer l'exonération de taxe sur la publicité pour les produits alimentaires manufacturés et les boissons avec ajouts de sucres ;

47. Donner mission au Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) et à l'Autorité de régulation professionnelle de la publicité (ARPP) de contrôler le respect de l'affichage des messages associés aux publicités pour les produits alimentaires manufacturés et les boissons avec ajouts de sucres ;

48. Utiliser une partie de l'espace libéré par la suppression de la publicité sur les chaînes de télévision publiques pour des programmes orientés vers l'éducation populaire à la santé, à la cuisine et à la nutrition ;

49. Diffuser des émissions d'éducation populaire sur le même thème, le mercredi et le samedi ;

50. Indiquer dans les publicités le contenu calorique du produit et sur les tickets de caisse des *fast food* le contenu calorique des repas servis.

Limiter la publicité pour les produits à forte densité énergétique

51. Interdire la publicité pour les produits alimentaires de « grignotage » et les boissons sucrées dans les programmes à forte audience d'enfants et d'adolescents ;

52. Instaurer un contrôle par le CSA, en concertation avec l'INPES, des publicités alimentaires diffusées dans les programmes destinés à la jeunesse (contrôle des allégations et de l'information sur le nombre de calories) ainsi que des mini-messages « nutrition » diffusés par les chaînes de télévision pour lancer les publicités ;

53. Étudier l'impact des chaînes de télévision pour bébés et le cas échéant les interdire.

Lutter contre la sédentarité et promouvoir les activités physiques et sportives par l'information

54. Diffuser des messages de prévention sur le temps de télévision et d'ordinateur conseillé ;

55. Mener des campagnes de promotion de l'activité physique (marche, vélo, transports actifs, escalier plutôt qu'escalator ou ascenseur...).

QUATRIÈME AXE : AMÉLIORER L'ÉTIQUETAGE NUTRITIONNEL ET L'ACCESSIBILITÉ DES PERSONNES DÉFAVORISÉES AUX PRODUITS NON TRANSFORMÉS DONT LES FRUITS ET LÉGUMES

Améliorer l'étiquetage nutritionnel et appuyer la démarche des chartes d'engagements nutritionnels

56. Mettre en place un étiquetage fondé sur le profil nutritionnel des produits alimentaires ;

57. Créer un label PNNS attribué par l'INPES pour certains produits alimentaires en raison de leur profil nutritionnel ;

58. Inciter les secteurs et entreprises de l'industrie agroalimentaire à conclure des chartes d'engagements nutritionnels.

Faciliter l'accès aux produits non transformés dont les fruits et légumes

59. Créer des « titres nutrition santé » permettant d'acheter des produits labellisés PNNS ;

60. Créer des coupons pour l'acquisition de fruits et légumes ou de produits non transformés délivrés par l'aide alimentaire ;

61. Étudier l'extension de l'utilisation des chèques restaurant pour l'achat de fruits et légumes ;

62. Poursuivre la concertation concernant le retrait des confiseries des caisses.

CINQUIÈME AXE : AGIR SUR L'ENVIRONNEMENT ET INCITER À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Éviter l'utilisation de produits ajoutés, notamment obésogènes

63. Développer la recherche sur les effets obésogènes du bisphénol A (BPA), présent dans certains plastiques alimentaires ;

64. Interdire les acides gras trans.

Faciliter la pratique d'activités physiques et sportives

65. Fixer un nouveau repère d'activité physique de niveau plus élevé ;

66. Augmenter le nombre d'heures de sport à l'école ;

67. Promouvoir les activités physiques et sportives en milieu professionnel ;

68. Établir des référentiels d'activités physiques destinés aux professionnels de santé.

SIXIÈME AXE : RENFORCER L'ÉDUCATION À LA SANTÉ ET À LA NUTRITION

Inscrire l'éducation à la santé et à l'équilibre alimentaire dans les missions de l'école

69. Prévoir dans les missions de l'école, dans le socle commun de connaissances et de compétences ainsi que dans les programmes scolaires, une éducation à la santé obligatoire, large, cohérente et pratique, spécialement en matière de nutrition, sur l'ensemble de la scolarité.

Favoriser l'apprentissage des savoirs ménagers

70. Coordonner les actions sociales en matière de nutrition, d'aide familiale, de conseils de cuisine et de gestion du budget familial des caisses d'allocations familiales et des caisses primaires d'assurance maladie ;

71. Inscrire cette orientation dans les prochaines conventions d'objectifs et de gestion de la CNAMTS et de la CNAF et dans les conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens des CPAM et des CAF.

SEPTIÈME AXE : DÉVELOPPER LA FORMATION EN NUTRITION ET DÉFINIR DE NOUVEAUX MÉTIERS

Améliorer la formation en nutrition des personnels des établissements scolaires et des assistantes maternelles

72. Prévoir une information en nutrition par le médecin scolaire des membres du personnel des établissements scolaires à l'occasion de l'examen de santé obligatoire ;

73. Renforcer la formation des assistantes maternelles en nutrition et en prévention de l'obésité.

Organiser les métiers de la diététique et de la nutrition

74. Faire aboutir la réforme de la formation des diététiciens ;

75. Clarifier le statut des médecins nutritionnistes ;

76. Définir la nomenclature des actes de ces professions ;

77. Renforcer la formation initiale des médecins en nutrition et à la prise en charge de l'obésité ;

78. Faire de la lutte contre l'obésité une priorité de la formation médicale continue des médecins.

Renforcer la formation en nutrition de l'encadrement sportif et définir les nouveaux métiers de l'activité physique

79. Étudier la création d'un nouveau métier de l'activité physique, intermédiaire entre les métiers de rééducation et ceux de l'encadrement sportif ;

80. Renforcer la formation en nutrition des professionnels de l'activité physique et de l'encadrement des loisirs.

Introduire un nouveau métier dans la distribution

81. Créer le métier de conseiller en savoirs ménagers-vendeur spécialisé en nutrition dans les supermarchés : création d'un CAP.

HUITIÈME AXE : RESPECTER LES DROITS DES PERSONNES OBÈSES

Lutter contre les discriminations à l'égard des personnes obèses

82. Demander à la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) de se mobiliser sur le thème de l'obésité.

Respecter la diversité corporelle

83. Demander au CSA de prendre une délibération sur le respect de la diversité corporelle.

CONTRIBUTION DES DÉPUTÉS DU GROUPE SOCIALISTE, RADICAL, CITOYEN ET DIVERS GAUCHE, MEMBRES DE LA MISSION SUR LA PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ

Les députés du groupe SRC, réclament depuis longtemps une politique forte pour mettre un terme à la progression alarmante de l'obésité en France. **Une étude de l'INSEE en 2007 a montré à quel point l'obésité est une inégalité de santé liée aux conditions socio-économiques.**

Pour autant cette mission aboutit à des propositions qui ne sont pas à la hauteur de cet enjeu majeur. Appeler à faire de la lutte contre l'obésité une grande cause nationale n'est pas suffisant. On ne peut se contenter d'un effet d'annonce, d'autant que les précédentes causes nationales n'ont pas apporté de grands bénéfices en matière de politique publique, excepté un effet « coup de projecteur » dans les médias.

Les rapports et les études nombreuses sur le sujet montrent depuis des années que l'on attend des pouvoirs publics un engagement de grande ampleur relayé par des actions fortes afin d'enrayer la vague montante de l'épidémie et de répondre aux besoins des victimes.

Il faut rappeler quelles ont été les actions mises en place lorsque la gauche était au pouvoir, l'absence de volonté politique depuis 2001, les nombreux amendements déposés lors de la discussion sur la loi de santé publique, qui n'ont pas été adoptés. Les députés du groupe SRC continuent de défendre ces propositions car les pouvoirs publics doivent renforcer leurs actions au vu de l'importance des enjeux nationaux et internationaux.

Le Plan national nutrition santé (PNNS) est issu de la politique mise en place dès 1998 par Bernard Kouchner, ministre de la Santé, qui avait impulsé une réflexion importante. Malheureusement lors de sa mise en application en 2001, il n'a pas toujours bénéficié par la suite des moyens financiers nécessaires à sa réussite.

Le PNNS a fort justement fait le pari de l'engagement de tous, et plus particulièrement des enfants, pour changer les habitudes prises dans la vie quotidienne. Toutefois, une politique d'incitation et d'expérimentations, est essentielle, mais elle n'est pas suffisante. La gravité de la situation appelle une réponse forte, des mesures globales sur tous les aspects de la lutte contre l'obésité, car il s'agit d'un problème majeur de santé publique qui concerne la santé d'un Français sur cinq.

L'ampleur de l'épidémie d'obésité est telle qu'elle met en péril l'équilibre déjà fragile de notre sécurité sociale. Il faut radicalement changer nos modes de vie et faire preuve de courage politique pour avoir une chance de réussir. Les députés du groupe SRC appellent à associer volonté politique forte et

compréhension de mécanismes psychologiques et sociaux d'une grande complexité. L'obésité doit être déclarée « enjeu majeur de santé publique » non seulement pour 2009, mais au-delà pour les années à venir.

La mission d'information appelle à mettre en œuvre une proposition de loi, alors que le but premier de la mission était de contribuer à l'élaboration du volet santé publique de la future loi « hôpital, patients, santé, territoire ». Rappelons que notre groupe a déjà déposé deux PPL en 2005 et 2008, et des propositions fortes avaient été formulées (rejetées par le Gouvernement) par voie d'amendement lors du projet de loi sur la santé publique.

I – Le rapport dresse un bilan sévère de la politique menée actuellement mais n'avance pas de propositions nouvelles, ou à la hauteur de l'enjeu :

1/ L'échec de la politique menée depuis 2001

Le rapport explique que le PNNS 1 n'a pas permis d'obtenir de résultats significatifs sur la prévalence de l'obésité, tout en soulignant le fait qu'il n'ait pas eu les moyens nécessaires pour remplir les objectifs assignés. Dans le même temps il souligne l'absence d'une véritable évaluation. Le PNNS 2 arrivera à son terme en 2010, il reprend les objectifs du premier plan et en ajoute d'autres sur la qualité de l'offre alimentaire (manger bouger, *etc.*). Il souligne également l'engagement important des collectivités locales dans des actions sur la nutrition et la santé.

Par ailleurs, les actions annoncées en février dernier par la Ministre de la santé en matière d'incitation à supprimer les publicités pour les produits à forte densité énergétique et à faible qualité nutritionnelle sont un échec, ainsi que le retrait demandé des confiseries et sucreries aux caisses des supermarchés.

Le rapport montre ainsi l'absence de réelle volonté politique de lutter contre l'épidémie d'obésité, en dépit des quelques mesures prises insuffisantes et non suivies de moyens financiers nécessaires.

2/ Les mesures proposées sont soit déjà connues depuis longtemps, ou ont un caractère autoritaire vis-à-vis des populations cibles, qui ne garantit pas leur efficacité

Ce rapport regorge de propositions déjà connues et toujours pas appliquées, ou de mesures autoritaires qui ne seront pas efficaces.

Des mesures autoritaires en direction des personnes touchées par la maladie ou susceptibles de l'être, et des acteurs de santé démunis de moyens nécessaires.

Ainsi concernant l'amélioration du dépistage, et l'éducation à la nutrition, avant d'ajouter de nouvelles obligations aux médecins généralistes, aux médecins

scolaires, ou de vouloir vérifier que les PMI remplissent bien leurs nouvelles missions en matière de prévention précoce et de suivi des enfants, encore faudrait-il s'assurer que ces obligations sont en mesure d'être appliquées. Or, au vu des restrictions budgétaires annoncées et des diminutions de moyens enregistrées sur le terrain par les acteurs, on peut s'attendre malheureusement à ce que ces acteurs de terrain n'aient pas les moyens de les remplir tout en ayant de nouvelles obligations.

Par ailleurs, à plusieurs reprises le rapport rend hommage aux actions mises en œuvre par les collectivités locales. Elles compensent ainsi les carences et le manque d'implication de l'État dans une lutte qui, pourtant relève de ses compétences.

Ce rapport souligne bien le manque d'implication de ce gouvernement dans la lutte contre l'obésité, le PNNS 2001/2005 et le PNNS 2006/2010 n'ont pas reçu les moyens suffisants pour remplir les objectifs assignés.

La création d'une taxe nutritionnelle sur les produits transformés risque d'avoir des effets pervers sur la population ciblée. Un rapport de l'IGAS a souligné les limites d'une telle mesure si elle était prise. Le rapport propose de moduler les taux de TVA et notamment d'augmenter celui appliqué aux produits transformés. À notre sens, cette proposition aura autant d'effet pervers qu'une taxe nutritionnelle.

II – Pour une législation forte et des moyens conséquents pour enrayer l'épidémie d'obésité

Les députés du groupe SRC appellent à l'adoption d'une loi qui symboliserait la mobilisation de la Nation contre ce fléau. Notre pays doit se doter d'un cadre législatif qui ne se contenterait pas d'énoncer de grands principes mais définirait les responsabilités de chacun, assortis de moyens budgétaires conséquents pour sa mise en œuvre.

1/ Une action forte et cohérente avec un pilotage réel

L'analyse de l'épidémie d'obésité montre bien qu'il faut mettre en œuvre une politique globale, permettant à l'ensemble des acteurs concernés de s'impliquer, sans concurrence entre les uns et les autres, de l'offre alimentaire à l'éducation, en passant par l'amélioration de l'accès aux soins et la lutte contre les discriminations.

Une structure nationale forte pour répondre au défi

Afin de veiller à la cohérence et à l'efficacité des actions menées, il faut doter notre pays d'une instance d'orientation, de décision et de pilotage et en inscrire le principe dans la loi. Nous proposons la création d'un **Haut comité de lutte contre l'obésité**. Placée sous la responsabilité du ministre de la Santé, cette instance intergouvernementale rassemblerait les différents acteurs administratifs,

représentants des ministères de la santé, de l'agriculture, de l'industrie, de l'économie, de la recherche, du travail ou encore de l'éducation nationale, les experts en santé publique et en nutrition, mais aussi les représentants du monde associatif et les professionnels concernés.

2/ Mobiliser l'ensemble des acteurs

La loi de santé publique adoptée en août 2004 n'a pas, malheureusement, doté notre pays d'une chaîne de mobilisation et de responsabilités claire. Les Agences régionales de santé, qui seront créées dans une prochaine loi, devront jouer un rôle important en matière de mobilisation dans cette politique, d'autant que les initiatives locales sont réelles et nombreuses. Il faudra améliorer les conditions de fonctionnement des conférences régionales qui rassemblent de très nombreuses compétences mais nécessitent plus de permanence, de moyens, et de responsabilités. Elles pourraient ainsi relayer les orientations que prendrait le Haut conseil national de lutte contre l'obésité, afin de mobiliser les acteurs locaux qui doivent concourir aux actions de lutte contre l'obésité.

Le ministre de la santé devra veiller à ce que les orientations du Haut comité soient prises en compte par les autres ministères, en particulier celui de l'éducation nationale, mais aussi du travail ou de l'agriculture qui exerce traditionnellement un rôle de tutelle sur l'industrie agroalimentaire.

Au lieu de créer une « fat tax » ou d'augmenter la TVA sur les produits transformés, nous proposons de supprimer la TVA sur les fruits et légumes. Cela n'est pas envisageable immédiatement, en raison des textes communautaires, mais une proposition de résolution allant dans ce sens, a été adoptée par le Parlement Européen en mai 2008.

La responsabilisation de tous concourra sans nul doute au succès d'une politique de grande envergure.

Pour les députés du groupe SRC, une « politique de responsabilisation » ne saurait être une « politique de pénalisation » comme celle imposée dans la réforme de l'assurance maladie et nombre d'actions menées depuis 2001.

Il faut un engagement de tous les acteurs de la société, proportionnel à leurs responsabilités dans les déterminants de santé.

S'agissant de la responsabilisation des médias, des publicitaires et des industriels (de l'alimentaire et de la grande distribution en premier lieu), leur mobilisation est indispensable si l'on veut durablement changer les comportements.

Il y a place, dans notre société, pour une industrie agroalimentaire et une grande distribution plus responsables et plus soucieuses de la santé de ses consommateurs.

Devant l'échec des alternatives développées à l'interdiction de la publicité pour les produits déséquilibrés, il faut passer à la vitesse supérieure en proposant une évolution de la réglementation. **Il y a un intérêt collectif à ce que les pouvoirs publics favorisent les plus vertueux des industriels et des structures de commercialisation qui jouent un rôle important dans la définition initiale et la vente des produits comme dans les comportements alimentaires.** Cette responsabilisation de tous qui ne s'arrête pas aux seuls problèmes de la nutrition mais doit aussi prendre en compte la question de la dépense énergétique. Nous proposons depuis 2005 de porter la contribution des annonceurs en cas de non-respect des règles d'affichage de 1,5 % à 5 % du montant annuel des sommes destinées à l'émission et à la diffusion des messages publicitaires en faveur de boissons et de produits sucrés.

S'agissant de la diffusion de ces messages publicitaires dans les émissions destinées aux jeunes, l'ampleur de la catastrophe sanitaire que représente l'épidémie d'obésité chez les jeunes doit conduire à une interdiction pure et simple de ces annonces. Les mesures incitatives ne suffisent pas en la matière.

En conclusion, malgré un catalogue fourni de propositions, ce rapport passe à côté d'un traitement à la hauteur de l'ampleur du fléau que représente l'obésité. De plus, certaines propositions en matière de prévention de la maladie risquent de ne jamais aboutir en raison du manque de moyens nécessaires. Par ailleurs, certaines mesures, telle qu'augmenter la TVA sur les produits transformés, risquent de pénaliser la population la plus touchée par la maladie qui est déjà victime de fortes inégalités sociales et de discriminations.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission s'est réunie, le mardi 30 septembre 2008, sous la présidence de M. Pierre Méhaignerie, président, pour examiner le rapport de **Mme Valérie Boyer**, députée.

Mme Valérie Boyer, rapporteure de la mission d'information : Je voudrais tout d'abord vous présenter mes excuses, le projet de rapport ayant transpiré dans la presse avant qu'il ne vous soit présenté. Certains articles, hélas, ont fait état de fausses informations que j'ai été obligée de démentir tout le week-end, et encore aujourd'hui, ne souhaitant surtout pas que notre travail soit déformé et puisse être mal interprété.

La mission d'information, après avoir dressé un état des lieux, a formulé 80 propositions dans de très nombreux domaines. L'obésité n'est en effet pas seulement un problème de santé publique : elle est aussi, et peut-être d'abord, un problème de société. C'est pourquoi, au-delà des aspects sanitaires, nous avons fait des propositions dans le domaine de l'éducation, de l'information, de l'industrie agroalimentaire, de l'action des collectivités locales, mais aussi des discriminations dont sont victimes les personnes obèses, sujet encore tabou mais qui a été fort bien décrit par l'Observatoire des discriminations, lequel révèle par exemple qu'une personne obèse a trois fois moins de chances qu'une autre d'obtenir une réponse positive à sa candidature à un emploi. La mission souhaite que la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) se mobilise sur ce thème afin de veiller au respect des droits des personnes obèses et de la diversité corporelle.

L'augmentation de la prévalence de l'obésité est alarmante. Un quart de la population mondiale est aujourd'hui en surcharge pondérale. En France, c'est le cas d'un adulte sur deux, tandis qu'un sur six est obèse – les femmes étant particulièrement touchées – et qu'un enfant sur cinq est déjà en surcharge pondérale. Les personnes des milieux les plus défavorisés sont les plus atteintes par cette épidémie. Le régime crétois ou le régime méditerranéen ne sont plus appliqués aujourd'hui et leur rôle protecteur contre le risque de surcharge pondérale ne joue plus.

L'obésité est un enjeu majeur de santé publique, qui va jusqu'à menacer notre système de protection sociale. Le président de la Haute autorité de santé (HAS) a d'ailleurs lui-même déclaré que les pays qui ne sauraient pas maîtriser l'épidémie d'obésité mettraient en péril la pérennité de leur système de protection sociale. L'obésité infantile est un risque majeur d'obésité à l'âge adulte, laquelle, d'une manière générale, favorise l'apparition de maladies chroniques. Elle triple ainsi le risque de maladies cardiovasculaires et de diabète. Les problèmes respiratoires et rhumatologiques sont également fréquents chez les personnes obèses. Un lien a également été établi entre l'obésité et certains cancers et

certaines maladies du vieillissement. Le surpoids et l'obésité altèrent gravement la qualité de vie et sont responsables de nombreux décès.

L'augmentation des cas d'obésité n'est pas sans lien avec celle du nombre de personnes reconnues en affection de longue durée. Le coût annuel de l'obésité et du surpoids pour l'assurance maladie est estimé à 10 milliards d'euros, soit 7 % de l'objectif national des dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM) ; au rythme actuel de sa progression, ce coût pourrait doubler d'ici à 2020 et représenter alors 14 % de l'ONDAM. Il faut, à cet égard, souligner que le coût du surpoids est supérieur au coût de l'obésité. Et de l'avis de tous les spécialistes, l'incidence de l'obésité sur les finances sociales et l'économie est probablement sous-évaluée, les souffrances psychosociales qu'elle entraîne n'ayant pas encore été étudiées et chiffrées. Jusqu'à présent, l'approche de l'obésité se résume en effet à celle des pathologies qu'elle induit, le phénomène n'étant pas appréhendé dans sa globalité.

Nos 80 propositions s'organisent autour de huit grands axes.

Premier axe : améliorer le dépistage précoce de l'obésité ainsi que la prise en charge des personnes obèses et en surpoids.

Le dépistage précoce de la surcharge pondérale pourrait être assuré par des mesures simples, hélas loin d'être mises en œuvre systématiquement aujourd'hui. On pourrait ainsi rendre obligatoire de mesurer le poids, la taille et l'indice de masse corporelle – l'IMC – des enfants lors de chaque visite médicale et d'inscrire ces données dans le carnet de santé où pourrait figurer une mention incitant à surveiller le rebond d'adiposité. Le poids, la taille, le tour de taille et l'IMC devraient aussi être systématiquement mesurés chez les adultes en surcharge pondérale. La protection maternelle et infantile – PMI – devrait être mobilisée sur le sujet et les parents mieux informés. La PMI ne doit plus être l'îlot sanitaire isolé qu'elle est aujourd'hui. Une coordination devrait ainsi être assurée avec la médecine scolaire et une contractualisation organisée avec les futures agences régionales de santé (ARS), notamment dans une optique de prévention ; le Président de la République a lui-même exprimé le souhait, dans son discours de Bletterans, qu'on accroisse les moyens de la prévention, notamment parce qu'il y va de l'avenir de notre protection sociale. Nous proposons donc d'instaurer une obligation de partage des données relatives au poids, à la taille et à l'IMC entre la PMI, l'école, la médecine de ville et l'hôpital.

Il faut aussi améliorer la prise en charge de l'obésité et des patients obèses. De l'avis de toutes les personnes auditionnées, celle-ci n'est pas satisfaisante aujourd'hui. Nous proposons donc de porter de neuf à trente et un le nombre de centres de référence régionaux ; de développer des unités thérapeutiques de prise en charge de l'obésité sur l'ensemble du territoire en fonction des besoins recensés ; d'organiser dans les maisons de santé de territoire, en lien avec les centres régionaux, une prise en charge pluridisciplinaire des personnes obèses par des équipes spécifiquement formées ; de doter chaque région de moyens de transport médicalisé adaptés, notamment pour les personnes présentant un IMC

supérieur à 40 et de promouvoir l'éducation thérapeutique, dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS).

Il convient également d'adapter les financements à la prise en charge des personnes obèses. La tarification à l'activité instaurée à l'hôpital doit intégrer le surcoût que représente la prise en charge des personnes très fortement obèses. Nous proposons aussi que les mutuelles et assurances complémentaires étudient la possibilité de prendre en charge certaines consultations, notamment de diététique.

Il faut mobiliser la médecine scolaire, notamment en étudiant la possibilité d'un rapprochement des médecins scolaires du ministère de la santé et en instituant une contractualisation avec les ARS. La médecine scolaire doit être un relais pour la prévention et l'éducation à la santé.

La médecine du travail doit également être mobilisée. Plusieurs expériences très intéressantes ont été menées dans diverses entreprises, qu'il conviendrait de valoriser.

Deuxième axe : améliorer la qualité nutritionnelle des aliments.

Il conviendrait notamment de développer l'information nutritionnelle pendant la grossesse, à la maternité, ainsi que chez les pédiatres, à l'intention des parents de jeunes enfants et de promouvoir l'allaitement maternel : nous proposons d'y inciter dans les maternités et d'informer les mères sur leurs droits concernant l'allaitement au travail, aujourd'hui trop souvent ignorés – en France, où l'on cherche surtout à ne pas culpabiliser les mères qui ne souhaitent pas allaiter, à peine la moitié des femmes le font, et pendant une durée courte. Nous proposons que les mères puissent donner leur lait dans les crèches, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, notamment dans certaines crèches publiques, et que les assistants maternels encouragent les mamans à continuer d'allaiter leur enfant, si tel est leur souhait, bien sûr, car il ne s'agit en aucun cas d'imposer, mais d'accompagner l'allaitement.

Nous proposons également d'impliquer les cantines scolaires et la restauration collective, notamment de rendre obligatoires les recommandations nutritionnelles relatives aux marchés publics de restauration collective et d'en étendre l'application à la restauration universitaire ; de renforcer la formation en nutrition des personnels de restauration collective, aujourd'hui insuffisante ; de fixer des normes relatives à l'environnement et à la durée des repas dans les cantines scolaires – il existe une très grande disparité entre communes sur ce point. Or ce n'est pas d'abord une question de moyens, mais d'organisation.

Une autre proposition, qui a déjà fait couler beaucoup d'encre, consiste à moduler la fiscalité applicable aux aliments en fonction de leur qualité nutritionnelle. Contrairement à ce qui pu être dit ici ou là, nous n'avons jamais proposé d'augmenter la fiscalité sur les barres chocolatées. Nous nous sommes en revanche étonnés qu'un kilo de pommes soit taxé à 5,5 %, soit autant qu'une pâte à tartiner. Des travaux sont actuellement menés au niveau européen sur

l'étiquetage nutritionnel et la taxation des produits alimentaires : le Parlement européen recommande de diminuer la taxation des produits non transformés, comme les fruits et légumes. Compte tenu du droit communautaire en vigueur, la seule solution est donc d'engager une procédure au niveau européen pour obtenir que les produits non transformés soient assujettis à un taux inférieur au taux réduit actuel de 5,5 %. Nous ne proposons aucune taxation supplémentaire sans détaxation en contrepartie, mais il nous semble légitime de réfléchir, à ressources fiscales constantes, car il faut veiller à préserver le pouvoir d'achat de nos concitoyens, notamment les plus défavorisés d'entre eux, à une modulation de la fiscalité en fonction de la valeur nutritionnelle des aliments.

Nous proposons aussi de promouvoir la consommation des fruits et légumes, de faciliter l'accès à l'eau de boisson et de garantir la qualité nutritionnelle des produits premier prix.

Troisième axe : garantir une information nutritionnelle de qualité et promouvoir l'activité physique.

En ce domaine, notre première proposition est d'accroître les moyens de l'information et de l'éducation nutritionnelles. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ne dépense aujourd'hui que 5 millions d'euros par an en publicité quand l'industrie agroalimentaire en dépense, elle, 2 milliards. Un rééquilibrage s'impose.

Nous proposons de limiter la publicité dans les programmes de télévision destinés à la jeunesse pour les produits à forte densité énergétique, certains membres de la mission ayant même exprimé le souhait de l'interdire totalement.

Nous proposons enfin de lutter contre la sédentarité et de promouvoir les activités physiques et sportives. Aujourd'hui, un enfant fait de deux à trois heures de sport par semaine alors qu'il passe cinq heures par jour devant la télévision ! Il est à cet égard choquant qu'aient pu être créées des chaînes spécifiquement destinées aux bébés, lesquelles devraient au moins être encadrées, si ce n'est davantage.

Quatrième axe : améliorer l'étiquetage nutritionnel et l'accessibilité des personnes défavorisées aux produits non transformés, dont les fruits et légumes.

Cinquième axe : agir sur l'environnement et inciter à l'activité physique.

Nous proposons d'éviter l'utilisation de produits ajoutés notoirement obésogènes, comme le bisphénol A et d'interdire les acides gras trans : cela est en passe d'être fait, mais l'effort doit être poursuivi. Nous proposons d'encourager et de faciliter la pratique d'activités physiques et sportives à l'école et au travail. À cet égard, il faudrait sans doute en finir avec le discours culpabilisant et hygiéniste qui pousse certains à soulever des kilos de fonte en salle ou à courir des kilomètres quand il suffirait d'encourager à emprunter l'escalier plutôt que l'ascenseur. L'activité physique de nos concitoyens se limite en moyenne à dix minutes par

jour, alors qu'un rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) établit que la porter à vingt minutes permettrait déjà de réduire considérablement le taux de morbidité et de mortalité lié au surpoids et à l'obésité.

Sixième axe : renforcer l'éducation à la santé et à la nutrition.

L'éducation à la santé, notamment en matière de nutrition, devrait être rendue obligatoire durant toute la scolarité, alors que ce n'est aujourd'hui qu'une recommandation. Nous proposons également de favoriser l'apprentissage des savoirs ménagers. De l'avis de plusieurs personnes auditionnées, la perte de ces savoirs est, entre autres, l'une des causes du développement d'une alimentation de mauvaise qualité.

Nous proposons, enfin, de coordonner les actions sociales en matière de nutrition, d'aide familiale, de conseils de cuisine et de gestion du budget familial des caisses d'allocations familiales et des caisses primaires d'assurance maladie, et de faire figurer cette orientation dans les prochaines conventions d'objectifs et de gestion de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF), ainsi que dans les conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et des caisses d'allocations familiales (CAF).

Septième axe : développer la formation en nutrition et définir de nouveaux métiers.

Nous proposons d'améliorer la formation en nutrition des personnels des établissements scolaires mais aussi des assistants maternels, car ils représentent un mode de garde très important dans notre pays ; d'organiser les métiers de la diététique et de la nutrition, notamment en élevant le niveau de formation des diététiciens, aujourd'hui recrutés à bac + 2, en clarifiant le statut des médecins nutritionnistes et en définissant la nomenclature de leurs actes, en renforçant la formation initiale et continue des médecins en nutrition et prise en charge de l'obésité ; de renforcer la formation en nutrition de l'encadrement sportif ; de créer un nouveau métier, celui de conseiller en savoirs ménagers-vendeur spécialisé en nutrition dans les grandes surfaces.

Huitième axe enfin : mieux respecter les droits des personnes obèses.

Nous proposons de demander à la HALDE de se mobiliser sur le thème de l'obésité et au Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) de prendre une délibération relative à la diversité corporelle. Vous l'aurez compris, la prise en charge de l'obésité ne peut être que globale. Nous ne proposons pas là des mesures-gadgets : nous proposons d'agir sur tous les leviers à même d'améliorer la lutte contre l'obésité dans notre société. Dans cette logique, nous demandons que la lutte contre l'obésité soit décrétée grande cause nationale ou fasse l'objet d'une loi-cadre.

M. le président Pierre Méhaignerie : Je souhaiterais qu'après cette brillante synthèse d'un rapport très complet établi à la suite de nombreuses auditions, nous nous attachions maintenant à dégager les souhaits que nous souhaiterions transformer en propositions concrètes. Je me propose, pour ma part, afin d'éviter que cette mission d'information, comme c'est, hélas, trop souvent le cas, ne mène à rien de concret, d'adresser par courrier au Premier ministre les propositions nous paraissant pouvoir être mises en œuvre progressivement. Certaines peuvent l'être assez rapidement, comme celles relatives à la publicité – on ne peut d'ailleurs à cet égard que s'inquiéter de certaines réactions corporatistes qui se sont fait jour – tandis que pour d'autres, comme celles impliquant l'industrie agroalimentaire, il convient d'en appeler d'abord à la responsabilité des acteurs avant, le cas échéant, d'envisager un texte dans quelques mois.

M. Élie Aboud : L'une des difficultés, apparue depuis la « fuite » du rapport dans les médias, est de ne pas tomber dans le piège imposé par le « médiatiquement correct » qui voudrait que l'on se focalise sur les seuls problèmes de taxation-détaxation. Il ne faut pas non plus que le lobby de l'agroalimentaire étouffe les bonnes intentions.

Si l'obésité est aujourd'hui mal prise en charge sur le plan médical, cela tient essentiellement à deux raisons. La première est qu'il n'existe pas de molécule efficace pour son traitement. La seconde tient à l'organisation même de notre système de soins. Après l'instauration de la tarification à l'activité (T2A) et des groupes homogènes de séjour (GHS), un soignant à l'hôpital a aujourd'hui plus intérêt à réaliser un acte technique plutôt que de consacrer une heure à une consultation de prévention. Il faut donc mettre davantage l'accent sur la prévention et donner les moyens nécessaires aux soignants.

Mme Bérengère Poletti : Je souhaite que ce rapport d'information soit l'occasion de tirer la sonnette d'alarme sur ce problème essentiel de santé publique qu'est l'obésité. Il serait sans doute souhaitable de hiérarchiser nos propositions.

L'obésité, problème sanitaire, est également un problème de société étroitement lié à la vie familiale. Et c'est d'ailleurs pourquoi, même si les moyens financiers des familles ne sont pas sans incidence sur la façon dont elles se nourrissent, le problème est plus vaste : c'est très largement une question d'éducation. Ainsi les parents ne sont-ils pas assez informés des dangers de l'obésité infantile, alors même que la plupart des adultes obèses étaient déjà des enfants obèses ou en surcharge pondérale. L'information nutritionnelle apportée aux parents, notamment pendant la maternité et après la naissance, est donc déterminante. On fait aujourd'hui trop souvent plaisir aux enfants en leur donnant un paquet de chips devant la télévision ou en les emmenant chez Mac Do !

Je ne suis pas certaine en revanche que la modulation de la fiscalité en fonction de la valeur nutritionnelle des aliments aurait un effet positif. Je crois bien davantage, pour ma part, aux vertus de l'information et de l'éducation. Il

faudrait mener sur les dangers nutritionnels de certains produits le même type de campagne que celle qui a été menée sur les dangers du tabac. Certaines communes ont engagé des actions en ce sens dans leurs écoles, le message remontant ensuite, de façon semble-t-il efficace, des enfants aux parents. Là me paraît être l'urgence.

Mme Monique Boulestin : Nous sommes convaincus comme la rapporteure de l'impérieuse nécessité de lutter dès le plus jeune âge contre la surcharge pondérale et l'obésité. Mais comment y parvenir quand on manque cruellement de médecins scolaires et qu'il n'est pas prévu d'en recruter davantage ?

Mme Catherine Lemorton : Nous serions d'accord, madame la rapporteure, avec vos propositions, concernant la baisse de la TVA sur certains produits. Nous avons d'ailleurs déposé des amendements en ce sens au projet de loi sur les revenus du travail, lesquels ont, hélas, été écartés d'un revers de main par M. Laurent Wauquiez, secrétaire d'État chargé de l'emploi. Je crains donc que vos propositions ne restent un vœu pieux.

En matière de réglementation ou d'interdiction de la publicité sur les produits trop gras, trop sucrés ou trop salés, il faut prendre garde à certains effets pervers. Ainsi, alors que les céréales sont un produit de mauvaise qualité nutritionnelle, les fabricants mentionnent habilement qu'elles fournissent tels et tels oligoéléments et vitamines, ce qui laisse à penser aux parents qu'ils doivent acheter le reste de compléments alimentaires en pharmacie, ce dont profite largement l'industrie pharmaceutique.

Mme Dominique Orliac : L'obésité n'est pas seulement le résultat d'une mauvaise alimentation, qui serait plus répandue dans certains milieux sociaux. C'est souvent une maladie, et il y a beaucoup à attendre des progrès de la recherche médicale sur la prédisposition génétique à la surcharge pondérale. Hélas, cet aspect n'est pas du tout traité dans le rapport.

M. Gérard Bapt : Je m'interroge sur la contractualisation entre les PMI et les ARS. Contractualisation signifie financement conjoint...

Mme la rapporteure : Pas nécessairement.

M. Gérard Bapt : Dans mon département, la Haute-Garonne, les effectifs de médecins scolaires ont été réduits d'un tiers, alors même que la population scolaire augmente. Comment dès lors développer la prévention ?

Pour ce qui est de la publicité, pourquoi tout simplement ne pas interdire les messages publicitaires pour les produits alimentaires pour les enfants et les adolescents aux heures de grande écoute, comme cela a déjà été fait dans d'autres pays ?

Pour ce qui est de la différence entre les moyens consacrés à la publicité par l'INPES et par l'industrie agroalimentaire, faut-il rappeler que nous avons,

avec difficulté, obtenu l'instauration d'une taxe de 1,5 % – alors que nous demandions 5 % ! – sur les investissements médias des fabricants de certains produits alimentaires, mais que cette taxe ne rapporte quasiment rien à l'Institut car la plupart des publicités intègre systématiquement le message d'information sanitaire, ce qui permet de s'exonérer de la taxe ? Si bien que l'INPES en est aujourd'hui réduit à demander aux directions des services fiscaux que la taxe soit appliquée aux campagnes organisées par les producteurs locaux !

Pour ce qui est de la participation d'un diététicien à l'élaboration des menus de cantines scolaires et de restaurants d'entreprise, il me semblait qu'elle avait déjà été rendue obligatoire par circulaire.

Mme la rapporteure : Il ne s'agit que d'une recommandation.

M. Marc Bernier : Je regrette moi aussi que le rapport ait transpiré dans les médias avant de nous être présenté.

L'obésité est, chacun en convient, un problème de société et un marqueur social d'inégalité. Son développement et sa mauvaise prise en charge tiennent aussi à l'organisation de notre système de soins, en quoi le rapport d'information que je vais présenter à la suite de celui-ci lui est complémentaire. En effet, nous ne faisons pas assez de place à la prévention.

Le dépistage précoce de la surcharge pondérale et de l'obésité fait, selon moi, partie de la tâche des médecins de premier recours, lesquels doivent recevoir un mandat de santé publique, comme je le propose dans mon rapport d'information sur l'offre de soins. L'éducation à la santé et, partant, à la nutrition, fait partie de leurs missions.

En matière de prévention, il ne faut pas imposer un schéma national, mais tenir compte des réalités territoriales. Les inégalités entre territoires en matière de dépistage – je l'ai pour ma part constaté en matière de dépistage du cancer du sein – sont criantes. Pour des raisons d'ailleurs très diverses, l'approche de la prévention varie fortement selon les régions.

M. Georges Colombier : Espérons, comme le président Méhaignerie, que ce rapport d'information ne demeure pas, hélas comme tant d'autres, lettre morte. J'ai, pour ma part, déposé il y a peu une proposition de loi tendant à rendre obligatoire la mention de la présence d'acides gras trans sur l'étiquetage des produits alimentaires, laquelle a été cosignée par une centaine de collègues. Mais on m'a invité à la prudence et fait valoir la nécessité de bien informer préalablement les industriels. J'ai bien entendu qu'il fallait laisser du temps à l'industrie agroalimentaire mais la santé de nos concitoyens ne devrait-elle pas primer ? L'éducation à la santé, à la nutrition en particulier, est primordiale pour obtenir de bons résultats dans la lutte contre l'obésité.

M. Hervé Gaymard : Avec la question de l'obésité, nous abordons un véritable sujet familial. Un principal de collègue de ma circonscription m'indiquait

ainsi que le questionnaire adressé en début d'année par les professeurs principaux aux collégiens révélait que la moitié des élèves de sixième disposait d'un poste de télévision dans leur chambre ! C'est dire que la télévision est devenue un mode de garde des enfants ! Cela nous renvoie au problème plus général des modes de garde, auquel il faut trouver une solution.

La pratique du sport à l'école est essentielle pour lutter contre la surcharge pondérale. Or, pour des raisons diverses, son organisation même fait que les élèves s'y rendent plutôt à reculons et n'aiment pas cette discipline. De nombreux témoignages qui m'ont été rapportés d'élèves, de parents d'élèves et même de professeurs d'EPS en attestent.

Enfin, l'absence de coopération entre le ministère de la santé et celui de l'éducation nationale sur ces questions de nutrition est particulièrement dommageable. J'avais déjà eu l'occasion de le déplorer lorsque j'étais secrétaire d'État à la santé et j'avais essayé à l'époque, avec Jacques Barrot, de sensibiliser le ministère de l'éducation nationale sur le sujet, mais nous nous étions, hélas, fait éconduire. Peut-être ce qui était vrai en 1996 ne l'est-il plus aujourd'hui. Le sujet doit en tout cas être traité.

M. Yves Bur : Il faudrait éviter, autant que faire se peut, de médicaliser le traitement du surpoids. Une approche globale est nécessaire. Le rôle des parents est bien entendu primordial dans l'éducation à la santé et à la nutrition. Et l'on voit bien comment la perte de repères alimentaires et la désorganisation des modes de vie peuvent être un facteur de surpoids. Face à cette situation, le monde associatif, aux côtés des communes, peut jouer un rôle essentiel, sans que soit médicalisé à outrance un problème qui ne mérite pas de l'être, en tout cas pas encore.

Les nombreuses propositions du rapport, d'ailleurs peut-être un peu trop nombreuses pour être parfaitement lisibles, montrent que seule une stratégie globale permettra de parvenir à modifier les comportements alimentaires et l'hygiène de vie, mais aussi combien la tâche sera ardue.

Pour ce qui est de la publicité, il faudrait que celle pour les produits alimentaires soit carrément interdite durant les émissions télévisées destinées au jeune public. Nous en faisons en tout cas la proposition. Nous aurons l'occasion de voir lors de l'examen du projet de loi sur l'audiovisuel s'il existe une véritable volonté politique à ce sujet.

L'interdiction des distributeurs de produits alimentaires dans les écoles, mesure symbolique très forte que j'avais fait adopter, est toujours en vigueur, malgré les assauts répétés menés contre cette décision, notamment par le ministère de l'agriculture.

S'agissant de la taxation, dont il était évident que ce serait le sujet qui retiendrait l'attention des médias, il faut distinguer entre des produits aussi nocifs que le tabac ou l'alcool, qui induisent de surcroît une dépendance, et les produits

alimentaires. Il faut se garder des excès, et ne pas stigmatiser de la même façon un soda et un alcool.

Tout l'intérêt de ce rapport est de montrer que seule la mobilisation de tous les acteurs permettra d'avancer efficacement.

M. Christian Paul : Si nous souhaitons véritablement combattre le fléau de l'obésité et que ces propositions ne restent pas lettre morte, il faut que notre système de soins, d'une manière générale, soit davantage orienté vers la prévention. Sur ce point, je rejoins Marc Bernier concernant le mandat de santé publique qui doit être donné aux médecins généralistes. Cela n'exige pas davantage de moyens, mais une autre organisation et un autre pilotage des dépenses d'assurance maladie. Notre système de soins doit accomplir une véritable mutation. Pour être efficace, il faudrait notamment plus de médecins et d'infirmières scolaires, de même que de médecins du travail. Or on manque cruellement de ces professionnels de santé et ils sont de surcroît très mal répartis sur le territoire.

M. Patrice Debray : Pour prévenir efficacement l'obésité, il faut distinguer entre l'obésité génétique, notamment d'origine endocrinienne, bien prise en charge par le corps médical et l'assurance maladie, et l'obésité résultant de la « malbouffe ». Dans la maison de santé pluridisciplinaire où j'exerce en tant que médecin, nous nous sommes attachés les services d'une diététicienne, dont les consultations, d'un montant de 20 euros, ne sont hélas pas remboursées par l'assurance maladie. Or, dans la mesure où cinq à six consultations sont en général nécessaires, le coût peut être un réel problème pour certaines familles. Il faudrait sans doute réfléchir à une prise en charge, éventuellement momentanée, par l'assurance maladie de ces consultations dans des cas bien précis et sur demande expresse du médecin. La mesure ne serait pas très coûteuse.

M. Pierre Morange : J'ai tout particulièrement apprécié l'approche à la fois horizontale et organisationnelle privilégiée par la rapporteure, ce qui nous permettra d'ailleurs de faire le lien avec le rapport d'information à venir sur l'offre de soins. À notre collègue qui a regretté que la question des prédispositions génétiques à l'obésité n'ait pas été abordée, je ferai simplement observer que c'est parce que le sujet est encore mal connu et que les marges de manœuvre thérapeutiques sont encore très limitées.

M. le président Pierre Méhaignerie : Je souhaite faire trois remarques avant que la rapporteure ne réponde.

Notre commission doit impérativement se saisir de ce problème car il n'en va pas seulement de la santé publique, mais aussi du bien-être physique et psychologique des personnes concernées. S'agissant du constat, une étude de l'INSERM révèle qu'on dénombre moins d'obèses dans ma ville que dans d'autres, bien que celle-ci compte 45 % de population d'origine ouvrière. Nous avons donc essayé de savoir pourquoi. Il semble que cela tienne à un nombre

moindre de ruptures familiales, à une tradition de cuisine faite à la maison et à une pratique plus intense d'activités physiques. Les écoles où l'on compte le moins d'enfants en surpoids ou obèses sont d'ailleurs celles où une heure d'éducation physique obligatoire est organisée, chaque jour à midi, et encadrée par un éducateur sportif.

Il faut se garder des approches simplistes. Tout comme la taxation ne saurait constituer la panacée, servir des repas « bio » dans les cantines ne saurait non plus régler le problème.

Pour ce qui est du taux de TVA sur les fruits et légumes, la marche sera assurément longue. Pour autant, une disposition prévue dans la réforme de la politique agricole commune pourra être très utile puisqu'il est proposé que chaque pays puisse redéployer 12 % des droits à paiement unique (DPU) sous forme de soutien à une activité particulière, par exemple la filière des fruits et légumes. Sans attendre un abaissement du taux de TVA sur ces denrées, il y a là un levier pour agir efficacement et commencer d'infléchir certains comportements.

Mme la rapporteure : S'agissant de la PAC, force est de constater que l'Union européenne a beaucoup soutenu les filières du lait et des céréales, et fort peu celle des fruits et légumes. Je propose donc que l'on aide davantage cette dernière filière. Il y a tout à y gagner, en matière non seulement de lutte contre l'obésité, mais aussi d'emplois et d'aménagement du territoire. L'une des manières d'y parvenir serait sans doute d'abaisser la fiscalité sur ces denrées, mais je ne fais pas de cette proposition une idée fixe. Une mesure fiscale isolée, sans accompagnement particulier, ne serait d'ailleurs qu'un gadget : elle doit prendre place dans une politique globale. Nous ne gagnerons pas le combat contre l'épidémie d'obésité sans une plus grande cohérence et une meilleure coordination des initiatives, notamment en matière de communication où il faut, hélas, déplorer beaucoup de charlatanisme.

L'éducation thérapeutique est fondamentale. Pour la première fois, dans le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires », qui sera examiné d'ici à la fin de l'année, la prévention sera mise au cœur du dispositif et de l'organisation territoriale. Nous ne pourrons qu'en obtenir de meilleurs résultats.

Pour ce qui est de la médecine scolaire, il ne s'agit pas nécessairement d'en augmenter les moyens, mais de faire en sorte qu'elle ne constitue plus un îlot sanitaire isolé. La contractualisation, que nous appelons de nos vœux, n'appelle pas nécessairement des financements supplémentaires. Elle doit servir à partager des informations et des objectifs communs. Nous avons la chance d'avoir un dispositif de santé publique – ce n'est pas le cas de tous les pays. Même si le Programme national nutrition santé – PNNS – n'a pas donné tous les résultats escomptés et si des progrès restent nécessaires, il est dommage qu'une partie du corps médical, rémunérée sur fonds publics, soit ainsi isolée des programmes sanitaires nationaux. Une meilleure coordination est nécessaire, également avec les moyens déployés par les collectivités locales et les associations – lesquelles,

même si elles fournissent la plupart du temps un travail remarquable, gagneraient parfois à être mieux encadrées. Tout cela sera possible avec les ARS demain, et le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » ouvre à cet égard d'intéressantes perspectives.

Pour ce qui est de la publicité, on peut nourrir l'espoir qu'elle disparaisse totalement des émissions télévisées destinées à la jeunesse. C'est mon souhait, mais la tâche sera compliquée. Cela ne signifie pas qu'il ne faudra pas remettre l'ouvrage sur le métier. Soyons toutefois réalistes et visons d'abord à l'efficacité. Comme des industriels n'ont pas joué le jeu, notamment les fabricants de céréales qui continuent de prétendre que celles-ci, pourtant extrêmement sucrées, sont bonnes pour la santé – ils nous l'ont encore dit lorsque nous les avons auditionnés –, efforçons-nous d'intervenir sur l'étiquetage et les allégations nutritionnelles.

En bref, il importe de mieux communiquer sur tous les aliments. Il ne s'agit pas en effet de stigmatiser, voire d'interdire, certains aliments car on peut, telle est en tout cas ma conviction, manger de tout, à condition d'avoir une alimentation équilibrée. Mais soutenons le travail mené au niveau de l'Union européenne en matière d'étiquetage, ainsi que celui de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA), qui doit remettre un rapport d'ici à la fin de l'année, portant notamment sur les profils nutritionnels des produits transformés et non transformés.

Je suis moi aussi convaincue qu'il ne saurait y avoir de prise en charge efficace de l'obésité qu'individualisée. Cela relève du colloque singulier entre le patient et son médecin ou celui qui l'accompagne. Les pouvoirs publics, eux, ne sont là que pour mettre en place les politiques de santé publique nécessaires.

S'agissant de l'industrie agroalimentaire, elle ne doit pas être considérée comme une ennemie, mais comme une partenaire : il faut la faire participer, par la publicité ou d'autres actions. C'est en effet, après la mécanique, le deuxième employeur de main-d'œuvre dans notre pays, en quoi elle supporte une part importante du coût de l'obésité pour l'assurance maladie. Il est donc de son intérêt bien compris que ce coût diminue et que la santé au travail s'améliore. Il lui revient aussi, comme à chacun des membres du corps social, de veiller à la préservation de la santé publique. Elle travaille d'ailleurs en ce sens et il faut l'accompagner. Ne la diabolisons pas, nous avons besoin de travailler avec elle. Soutenons au contraire les industriels qui s'engagent au travers de chartes, contrairement à ceux qui, délibérément, ne jouent pas le jeu.

Il est vrai qu'on peut s'interroger sur le rôle de la télévision érigée en mode de garde des enfants, notamment des plus jeunes d'entre eux. Parler d'alimentation, c'est aussi parler d'organisation familiale. Or force est aujourd'hui de constater que, notamment dans les milieux les plus défavorisés, ce sont souvent des enfants isolés qui sont les premières victimes de l'épidémie d'obésité. D'où

l'importance de l'éducation à la santé. L'action, déterminante, des collectivités locales doit aussi être soutenue, encadrée, professionnalisée.

L'un de nos collègues a exprimé le souhait que le traitement du surpoids ne soit pas d'emblée médicalisé. Mais tout dépend du souhait du malade. La médicalisation ne peut être exclue a priori.

En conclusion, je dirai que, pour lutter efficacement contre l'obésité, il est nécessaire d'agir de façon globale. Je ne crois pas, pour ma part, que notre rapport contienne trop de propositions. Je crains au contraire que nous n'en ayons oublié et qu'il n'en ait fallu davantage pour être encore plus efficace dans notre lutte contre le surpoids et l'obésité. L'important est qu'il y en ait dans toute une série de domaines, et que l'on agisse concrètement dans chacun d'entre eux. Car, au-delà des statistiques et des problèmes strictement médicaux, il y a derrière le surpoids et l'obésité une souffrance psychique et psychosociale, aujourd'hui sous-estimée, qui doit être mieux prise en charge.

M. le président Pierre Méhaignerie : Je vous propose, madame la rapporteure, de préparer un courrier à l'intention du Premier ministre pour voir le calendrier envisageable pour la mise en œuvre de ces différentes propositions, de façon que, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale et le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires », nous puissions déjà en concrétiser certaines.

Je demande maintenant à la commission, en application de l'article 145 du Règlement, si elle autorise la publication de ce rapport d'information.

La commission *autorise*, en application de l'article 145 du règlement, le dépôt du rapport d'information en vue de sa publication.

ANNEXES

ANNEXE N° 1

COMPOSITION DE LA MISSION D'INFORMATION

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a désigné les membres de la mission d'information sur la prévention de l'obésité lors de sa réunion du 16 avril 2008 :

	Groupe politique
Mme Valérie Boyer, présidente-rapporteure	UMP
M. Élie Aboud	UMP
M. Yves Bur	UMP
Mme Pascale Crozon	SRC
Mme Jacqueline Fraysse	GDR
M. Jean-Jacques Gaultier	UMP
Mme Catherine Génisson	SRC
Mme Pascale Gruny	UMP
M. Jean-Marie Le Guen	SRC
M. Claude Leteurre	NC
Mme Christine Marin	UMP

ANNEXE N° 2

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

(par ordre chronologique)

- **Institut national de veille sanitaire (INVS)** – Mme Juliette Bloch, directrice du département des maladies chroniques et des traumatismes, et Mme Katia Castetbon, responsable de l'unité de surveillance nutritionnelle
- **Conseil national de l'alimentation (CNA)** – M. Philippe Guérin, président, Mmes Nathalie Melik et Sidonie Suberville, et M. Alain Blogowski, membres du secrétariat interministériel du CNA
- **Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)** – M. Philippe Lamoureux, directeur général
- **Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA)** – Mme Pascale Briand, directrice générale
- **Direction générale de la santé (DGS) au ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative** – Mme Sophie Delaporte, directrice générale adjointe, Mme Catherine Choma, chef du bureau alimentation et nutrition, M. Michel Chauliac et Mme Landy Razanamahefa, en charge du dossier PNNS
- **Haute Autorité de santé (HAS)** – M. Laurent Degos, président, et M. François Romaneix, directeur
- **Direction de la sécurité sociale (DSS) au ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative** – M. Dominique Libault, directeur
- **Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) au ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative** – Mme Annie Podeur, directrice, et M. Louis Lebrun, conseiller médical à la sous-direction de l'organisation du système de soins
- **Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)** – M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général, et M. Hubert Allemand, médecin conseil national
- **Mutualité sociale agricole (MSA)** – M. Pierre-Jean Lancry, directeur de la santé, M. Hervé Treppoz, médecin conseil technique national, et Mme Colette Macquart, chargée de mission plan de lutte contre la précarité et prévention santé
- **Régime social des indépendants (RSI)** – M. Philippe Ulmann, directeur de la politique de santé et gestion du risque, et Mme Stéphanie Deschaume, directrice adjointe de la politique de santé et de gestion du risque

- **Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) de Picardie** – Mme Nathalie Viard, directrice adjointe, responsable du pôle santé, et Mme Henriette Noël, infirmière de santé publique
- **Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de Charente** – Mme Gisèle Thomes, directrice
- **Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) d'Aquitaine** – M. Gilles Grenier, directeur, et Mme Hélène Thibault, médecin pédiatre à l'Institut de santé publique d'épidémiologie et de développement (ISPED)-Université Bordeaux 2 et coordinatrice régionale du programme nutrition, prévention et santé des enfants et adolescents en Aquitaine
- **Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) de Franche-Comté** – M. François Baudier, directeur
- **Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) des Hauts-de-Seine** – M. Alain Bourez, directeur général, et Mme Dominique Chabod, responsable du département prévention santé
- **Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Val-de-Marne** – M. Éric Véchard, directeur des relations avec les partenaires de santé et de la prévention, Mme Claudette Berthet, responsable du pôle réseaux, établissements, prévention et actions sanitaires, M. Alain Rubin, chargé d'études, et Mme Caroline Grangé, membre du cabinet du directeur général
- **Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF)** – M. Laurent Ortalda, responsable du pôle petite enfance à la direction des politiques familiales et sociales
- **Caisse d'allocations familiales (CAF) de l'Anjou** – Mme Élisabeth Dubecq-Princeteau, directrice, et Mme Christine Koehler, chargée de mission
- **Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) au ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi** – Mme Dominique Baelde, chargée de mission, membre du groupe de travail permanent agroalimentaire et nutrition du Conseil national de la consommation (CNC)
- **Société française de pédiatrie (SFP)** – M. Dominique Turck, président du Comité de nutrition, professeur à l'Hôpital Jeanne de Flandre et à la Faculté de médecine de Lille, Mme Marie-Laure Frelut, pédiatre attachée au service endocrinologie pédiatrique de l'Hôpital Saint-Vincent de Paul de Paris, M. Michel Vidailhet, professeur, chef du service de médecine infantile 3 et de génétique clinique au CHU de Nancy, et M. Olivier Goulet, membre du bureau, professeur, chef du service gastro-entérologie-hépatologie et nutrition pédiatriques à l'Hôpital Necker de Paris

- **Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France** – M. Roland Levy et M. Benjamin Houta, membres du conseil
- **Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)** – M. Pierre Levy, secrétaire général
- **Fédération des médecins de France (FMF)** – M. Yves Rigal, membre du bureau national
- **MG France** – M. Pierre-Marie Desombre, délégué régional (région Centre)
- **Syndicat des médecins libéraux (SML) – Fédération nationale des associations médicales de nutrition (FNAMN)** – M. Roger Rua, secrétaire général du SML, et M. Vincent Boucher, médecin nutritionniste, président de la FNAMM
- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)** – Mme Hélène Logerot, conseillère médicale, et Mme Catherine Naret, chef du service endocrinologie à la clinique médicale et pédagogique Édouard Rist de la Fondation santé des étudiants
- **Fédération hospitalière de France (FHF)** – Mme Marie-France Wittmann, conseillère technique, et M. Arnaud Basdevant, chef du service nutrition à l'hôpital Pitié-Salpêtrière
- **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)** – Mme Florence Carriot, présidente de la commission santé publique, M. Philippe Meyer, membre de la commission santé publique, M. Frédéric Sanguignol, membre de la commission santé publique, et Mme Mélanie Belsky, responsable des relations institutionnelles
- **Association des départements de France (ADF)** – M. René-Paul Savary, président du Conseil général de la Marne, président de la commission insertion et cohésion sociale de l'ADF
- **Association des maires de France (AMF)** – Mme Isabelle Maincion, maire de la Ville-aux-Clercs, membre du comité de pilotage du programme national nutrition santé 2006-2010
- **Association des régions de France (ARF)** – Mme Françoise Tenenbaum, vice-présidente du Conseil régional de Bourgogne, membre de la commission santé de l'ARF
- **EPODE (Ensemble, prévenons l'obésité des enfants)** – M. Jean-Michel Borys et Mme Sandrine Raffin, codirecteurs du programme

- **Direction générale de l'enseignement scolaire (DGES) au ministère de l'éducation nationale** – M. Pierre-Laurent Simoni, chef du service du budget et de l'égalité des chances, adjoint au directeur, et Mme Nadine Neulat-Billard, chef du bureau de l'action sanitaire et sociale et de la prévention à la sous-direction de la vie scolaire et des établissements
- **Association de promotion de la santé scolaire et universitaire (AFPSSU)** – Mme Marie-Claude Romano, secrétaire générale, et Mme Colette Cossart, spécialiste en santé publique, chargée de mission
- **Association des médecins conseillers techniques de l'éducation nationale (ASCOMED)** – Mme Brigitte Tastet, médecin conseiller technique du recteur de l'Académie de Créteil, et Mme Francine Hirtz, médecin conseiller technique de l'Inspection académique de Versailles
- **Syndicat national autonome des infirmier(e)s en milieu scolaire (SNAIMS)** – Mme Isabelle Mulard-Hourton, vice-présidente, infirmière au collège Voltaire à Sannois (95)
- **Syndicat national autonome des infirmier(e)s en milieu scolaire (SNAIMS-CAT)** – Mme Élisabeth Raymond, infirmière au lycée professionnel Ampère à Morsang-sur-Orge (91), et Mme Sabrina Marcoux, infirmière au collège à Crécy-sur-Serre (02)
- **Syndicat national autonome des médecins de santé publique de l'éducation nationale (SNAMSPEN)** – Mme Martine Leprêtre, trésorière, et Mme Sophie Brunhes-Perez, membre du bureau
- **Syndicat des médecins de l'éducation nationale (SMEDEN-FO)** – Mme Marie-Christine Veneau, secrétaire générale, et Mme Pierrette Salvaing
- **Syndicat national des infirmier(e)s conseiller(e)s de la santé (SNICS-FSU)** – M. Christian Allemand, secrétaire général, et Mme Catherine Sanz, secrétaire générale adjointe
- **Syndicat national des infirmier(e)s éducateurs de santé (SNIES-UNSA éducation)** – Mme Béatrice Tajan, secrétaire générale adjointe, et Mme Corinne Boulmier, secrétaire nationale, chargée du dossier obésité
- **Syndicat national des médecins scolaires et universitaires (SNMSU-UNSA Éducation)** – Mme Fabienne Rancinan, secrétaire générale, et Mme Annie Lhermine, membre du bureau national
- **Direction générale du travail (DGT) au ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité** – Mme Monique Larche-Mochel, responsable de l'Inspection médicale du travail et de la main-d'œuvre
- **Association nationale des industries alimentaires (ANIA)** – M. Jean-René Buisson, président, et Mme Cécile Rauzy, chef de projet nutrition

- **Alliance 7** – M. Bruno Luisetti, président, et Mme Florence Pradier, directrice générale
- **Chambre syndicale des eaux minérales (CSEM)** – Mme Jocelyne Stevani, responsable des relations extérieures de Danone Eaux France, et M. Bertrand Commelin, directeur des relations extérieures de Nestlé Waters France, membres du conseil d'administration
- **Fédération nationale des industries des corps gras (FNCG)** – M. Alain Justet, président, et M. Jean-Claude Barsacq, secrétaire général
- **Syndicat national des boissons rafraîchissantes (SNBR)** – M. Thomas Gauthier-Lafaye, membre du conseil d'administration, directeur de la communication externe d'Orangina Schweppes,
- **Coca-Cola France** – M. Christian Polge, président, et M. Philippe Marty, directeur de la communication et des affaires publiques
- **Ferrero France** – M. Marco Capurno, directeur général, et Mme Joane Husson, directrice des affaires publiques
- **Kraft Foods France** – M. Pascal Tanchoux, directeur de la communication, et Mme Anne Genin, directrice communication de Lu France
- **Mars Chocolat France** – M. Christophe Dandoy, directeur de la communication
- **Nestlé France** – Mme Valérie Bignon, directrice générale en charge des affaires publiques, et Mme Brigitte Laurent-Langevin, directrice nutrition
- **Syndicat national de la restauration collective (SNRC)** – M. Dominique-Philippe Bénézet, délégué général, et Mme France-Anne Huard, membre de la commission nutrition, responsable diététique et nutrition de Dupont Restauration
- **Allegro Fortissimo** – Mme Viviane Gacquiere, présidente, et Mme Sylvie Benkemoun, secrétaire générale
- **Collectif national des associations d'obèses (CNAO)** – Mme Anne-Sophie Joly, présidente, et Mme Marie Citrini, secrétaire générale
- **Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids (GROS)** – M. Jean-Philippe Zermati, président, et M. Gérard Apfeldorfer, vice-président
- **Fédération des entreprises du commerce et de la distribution (FCD)** – M. Jérôme Bédier, président, et Mme Magali Bocquet, chef du service alimentaire et qualité
- **Auchan France** – M. Franck Geretzhuber, responsable des relations institutionnelles

- **Carrefour Hypermarchés France** – Mme Sandrine Mercier, directrice de la qualité et du développement durable
- **Groupe Casino** – M. Jacques-Édouard Charret, directeur général adjoint exécutif, et M. Philippe Imbert, directeur qualité
- **Groupe d'études sur les fruits et les légumes de l'Assemblée nationale** – M. Bernard Reynès, vice-président, député des Bouches-du-Rhône
- **Agence pour la recherche et l'information en fruits et légumes frais (APRIFEL) – Interprofession des fruits et légumes frais (INTERFEL) – Union nationale du commerce de gros en fruits et légumes (UNCGFL)** – M. Bernard Piton, président d'APRIFEL et de l'UNCGFL, Mme Sophie Le Mouël, responsable des affaires institutionnelles d'INTERFEL, Mme Saïda Barnat, responsable du département scientifique d'INTERFEL, et M. Philippe Comolet-Tirman, directeur marketing d'APRIFEL
- **M. Arnaud Basdevant**, chef du service nutrition, pôle d'endocrinologie-diabétologie-nutrition-métabolisme à l'hôpital Pitié-Salpêtrière
- **M. Serge Herberg**, professeur de nutrition à la faculté de médecine Paris 13 – hôpital Avicenne, directeur de l'U557 Inserm/Inra/Cnam et de l'Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (USEN), Invs/Cnam/Paris 13, vice-président du comité stratégique du Programme national nutrition santé (PNNS)
- **Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP)** – M. Frédéric Guin, directeur économique et financier
- **Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA)** – M. Michel Boyon, président, Mme Michèle Reiser, conseiller en charge des télévisions nationales privées gratuites, de la publicité, de la musique, du parrainage et du téléachat, M. Arnaud Decker, directeur des études et de la prospective, et Mme Maryse Brugière, directrice des programmes
- **Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative
- **McDonald's France** – M. Sébastien Pérochain, directeur des affaires publiques, et M. Serge Michels, expert en sécurité alimentaire et nutrition, directeur général de Protéines
- **M. Axel Poniatowski**, député du Val-d'Oise

ANNEXE N° 3

SYNTHÈSES DES AUDITIONS DE LA MISSION

Réunion du 21 mai 2008, 9 h 00

Audition de Mme Juliette Bloch, directrice du département des maladies chroniques et des traumatismes de l'Institut national de veille sanitaire (INVS), et Mme Katia Castetbon, responsable de l'unité de surveillance nutritionnelle.

Synthèse de l'audition

1. Le constat

a) La prévalence de l'obésité et du surpoids en France

L'indice de masse corporelle (IMC) est une norme fixée par l'OMS qui permet de déterminer si une personne est ou non en surpoids ou obèse. L'IMC se calcule en divisant le poids de l'individu par le carré de la taille. Lorsque l'IMC est supérieur à 25, la personne est en surpoids. À partir d'un IMC de 30, la personne est obèse. Par exemple, un homme de 1,60 m qui pèse 66 kg est en surpoids.

Certaines statistiques incluent l'obésité dans le surpoids ; d'autres distinguent le surpoids et l'obésité. Il y a donc lieu d'être précis dans l'utilisation des données.

L'enquête nationale nutrition santé (ENNS) de 2006 dresse un bilan de l'alimentation, du surpoids et de l'obésité chez les adultes et les enfants. Les données de cette enquête correspondent aux mesures qui ont été réalisées lors d'un examen de santé sur un échantillon de 3 000 adultes et 1 700 enfants. Les données ainsi recueillies sont donc plus fiables que celles qui résultent d'enquêtes fondées sur les seules déclarations des personnes interrogées. L'ENNS a ainsi mis en exergue que la prévalence du surpoids chez les adultes est de 43 %, 40 % chez les hommes et 24 % chez les femmes. La prévalence de l'obésité chez les adultes est de 17 %. La prévalence de l'obésité augmente en fonction de l'âge. La prévalence de l'obésité double entre les tranches d'âges 18/29 ans et 65/74 ans.

Sur un plan géographique, les régions où la prévalence du surpoids et de l'obésité est la plus élevée sont le Nord, l'Est et l'Île-de-France.

La prévalence de l'obésité chez les ouvriers est plus importante que chez les cadres et les inégalités entre les populations favorisées et défavorisées continuent de se creuser. La prévalence de l'obésité peut être double ou triple de la moyenne nationale dans les milieux défavorisés.

La prévalence de l'obésité est particulièrement élevée chez les personnes qui bénéficient de l'aide alimentaire, particulièrement chez les femmes (30 %). Ce taux est équivalent à ce que l'on observe dans les populations défavorisées aux États-Unis.

Chez les enfants, la prévalence du surpoids et de l'obésité est de 14 % et 4 %. En cas d'obésité infantile, le risque d'obésité à l'âge adulte est de 80 %.

Depuis plusieurs dizaines d'années, la prévalence du surpoids et de l'obésité augmente. Toutefois, depuis le début des années 2000, on note une stabilisation de l'obésité infantile (la France est le premier pays à constater une telle stabilisation) et chez les cadres. Les causes de cette stabilisation pourront être précisées d'ici quelques années ; nous saurons alors si cela est transitoire ou s'il s'agit d'un changement de contexte. On ne peut donc pas encore dire si la stabilisation est due à des changements de comportements.

b) L'obésité à l'étranger

À l'étranger, l'obésité est aussi un problème de santé publique. En Grande-Bretagne par exemple, plus de 2/3 des adultes sont en surpoids ou obèses. Aux États-Unis, 2/3 des adultes sont en surpoids et 1/3 sont obèses.

Dans les pays anglo-saxons comme les États-Unis et le Royaume-Uni, l'obésité est banalisée et bénéficie d'une image plus positive dans la société. Aux États-Unis, la population des obèses est de plus en plus représentée et visible dans les films, séries et autres émissions de télévision... Les associations d'obèses sont très puissantes et revendiquent pour défendre leur cause auprès des pouvoirs publics.

c) Les causes et les conséquences de l'obésité

Les causes de l'obésité sont multiples et les conséquences sanitaires et sociales sont parfois graves. C'est donc un enjeu de santé public majeur.

La diversification de l'alimentation dans le bas âge est trop précoce et, chez les enfants de 3 à 10 ans, les apports en protéines animales et les portions sont trop importants. Cela entraîne un surrisque d'obésité.

L'obésité accroît le risque de cancer, notamment de cancer du sein post-ménopause (des incertitudes subsistent sur les traitements hormonaux substitutifs – THS), de diabète de type 2, (plus de 80 % des diabétiques de type 2 sont obèses), d'hypertension artérielle, de maladies cardio-vasculaires, d'arthrose des genoux et du dos, de maladie d'Alzheimer.

L'obésité peut entraîner des problèmes sociaux tels que la discrimination à l'embauche ou la perte d'emploi, le divorce. Par ailleurs, il y a un lien entre la dépression et l'obésité. Même s'il est difficile de faire la part des choses, l'obésité peut être la cause et la conséquence d'un état dépressif. L'obésité est souvent liée à des accidents de la vie.

L'obésité est un facteur de détérioration du lien social. Les enfants atteints de cette maladie sont stigmatisés et se sentent rejetés du fait de leur corpulence. Cela ne les incite pas à participer aux activités sportives mais, au contraire, à s'en faire exempter.

d) Les politiques publiques et leurs effets

Depuis 2001, le programme national nutrition santé (PNNS) a donné une impulsion politique positive et spécifique à la France ; cette politique, très ambitieuse, semble commencer à donner des résultats.

Il n'est cependant pas possible de dire, aujourd'hui, quelles sont les actions qui sont le plus efficace. Une multiplicité d'actions se sont combinées : efforts de communication, mobilisation des personnels de santé et au niveau scolaire. Les messages sanitaires diffusés par les moyens de communication de masse sont moins efficaces dans les populations défavorisées.

Les prescriptions de la circulaire de 2003 et de la note n° 2004-0095 du 25 mars 2004 du ministère de l'éducation nationale concernant « la collation matinale et les autres prises alimentaires » visant à empêcher le goûter à 10 h 00 à l'école semblent de mieux en mieux respectées. En revanche, les enfants qui n'ont pas pris de petit-déjeuner à la maison peuvent, dans certains établissements, bénéficier d'un petit-déjeuner à l'école pris à l'arrivée en classe à 8 heures ou 8 h 30. Cette pratique semble se développer.

Les distributeurs automatiques de friandises et de sodas sont désormais interdits dans les écoles.

À la différence de la plupart des autres pays qui mettent surtout en place des mesures de restriction de la publicité pour lutter contre l'obésité, la France privilégie plutôt les campagnes d'information et de prévention.

2. Les propositions

Une politique progressive, de long terme, à la fois générale et ciblée en faveur des populations défavorisées mais qui ne stigmatise pas.

Agir dès la naissance pour favoriser l'allaitement maternel qui semble avoir un effet protecteur contre l'obésité : l'OMS recommande l'alimentation lactée jusqu'à 6 mois, puis de diversifier progressivement l'alimentation et d'introduire les protéines animales à 8 ou 9 mois.

La conservation dans les crèches du lait maternel devrait être favorisée, voire rendue obligatoire.

Il a été montré que si on prenait en charge un enfant obèse dès le départ, il y avait 80 % de succès démontré. Un meilleur dépistage en médecine scolaire semble donc nécessaire.

Il faut favoriser les activités physiques et, notamment, inciter les jeunes enfants à marcher à pieds jusqu'à leur école (programme « pédibus »).

Il faut mieux contrôler les exemptions de cours de sport.

Les parents ne doivent pas céder à toutes les demandes de nourritures de leurs enfants.

L'INVS ne possède pas de statistiques sur le lien obésité/dépression. Le traitement de la dépression pouvant entraîner des coûts de traitement élevés (médicaments etc.), il serait opportun de développer la recherche sur ce thème.

Une action prioritaire devrait être menée pour favoriser l'éducation nutritionnelle des populations défavorisées et l'accès aux informations primordiales : étiquetage simple et compréhensible, utilisation d'un vocabulaire accessible, aide au choix des produits en fonction de son appétence, de son goût, de la qualité et du prix.

Réunion du 21 mai 2008, 10 h 00

Audition de M. Philippe Guérin, président du Conseil national de l'alimentation (CNA), Mmes Nathalie Melik et Sidonie Suberville, et M. Alain Blogowski, membres du secrétariat interministériel du CNA.

Synthèse de l'audition

1. Présentation du CNA

– Le CNA, qui a été créé en 1985, est une enceinte d'expertise socio-économique en matière d'alimentation.

– Il a produit 60 avis et 35 % de ses recommandations ont été suivies.

2. Les limites des politiques publiques

– Le CNA critique l'absence d'évaluation du PNNS 1 avant la mise en place du PNNS 2. De plus, il serait souhaitable que le PNNS soit davantage ciblé en matière nutritionnelle.

– L'avis 55 du CNA qui concerne la prévention de l'obésité infantile note que beaucoup d'actions sont développées au niveau local mais que l'évaluation et la mutualisation des informations sur les expériences les plus efficaces sont insuffisantes. Il conviendrait de valoriser ces dernières et de développer des partenariats publics/privés sur ce thème.

– Les actions prévues par le PNNS ne sont pas assez ciblées.

– Le CNA souligne aussi le manque d'outils pour évaluer. Ainsi le baromètre de la perception de l'alimentation se borne à la qualité nutritionnelle. Mais un observatoire de la qualité nutritionnelle va être mis en place.

3. Les préconisations

– Faire de l'obésité une grande cause nationale et mettre en place une véritable politique nationale de prévention de l'obésité avec un pilotage interministériel.

– Cibler l'effort de prévention d'une part sur les jeunes âgés de moins de trois ans et de trois ans à l'adolescence, d'autre part sur les populations défavorisées.

– Développer un véritable dialogue entre les différents réseaux de villes : villes PNNS, villes OMS, villes EPODE...

– Valoriser la qualité nutritionnelle des aliments. Développer la réglementation concernant la qualité nutritionnelle et l'étiquetage (directive et règlement européens en préparation).

– Supprimer les confiseries des caisses.

– Centraliser les données sur les expériences intéressantes.

– En matière de publicité agroalimentaire, trois solutions sont possibles : réglementation-interdiction ou autorégulation. Le CNA s’interroge sur ce point. Afin de ne pas réduire les financements des chaînes de télévision, le Conseil supérieur de l’audiovisuel (CSA) n’est pas favorable à la limitation de la publicité agroalimentaire autour des programmes qui s’adressent aux enfants.

*

Réunion du 21 mai 2008, 11 h 00

Audition de M. Philippe Lamoureux, directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

Synthèse de l'audition

1. L'action de l'INPES en matière de prévention de l'obésité

Les actions de prévention de l'obésité menées par l'INPES s'inscrivent dans le cadre du PNNS. Elles représentent le troisième poste de dépenses, après la prévention contre le SIDA et le tabac. L'INPES gère l'attribution du logo PNNS.

L'INPES inscrit son action dans une logique positive et non normative de promotion de la santé. Il souhaite prendre en compte la diversité de l'offre alimentaire et des cultures alimentaires et ne pas négliger la dimension plaisir de l'alimentation. Il vise à donner des repères nutritionnels pratiques : « manger, bouger », « 5 fruits et légumes par jour ». À cet effet, il mène de grandes campagnes par voie d'affichage, de communication télévisée (diffusion de programmes courts à la télévision), et de brochures multiples et distribuées en grandes quantités (guides pour les femmes enceintes, pour les enfants de 1 à 3 ans, pour les adolescents, pour les seniors, pour les professionnels de santé ainsi que des mallettes pédagogiques pour les classes de CM1, CM2...). Les principaux relais de la communication de santé publique sont les professionnels de santé et de l'Éducation nationale.

La prochaine enquête du baromètre de l'INPES sur les représentations et les comportements alimentaires sera effectuée en 2009 sur un échantillon de 5 000 personnes.

Les attentes en matière d'information nutritionnelles sont fortes. L'émetteur de l'information sur ce thème doit être bien identifié et crédible. Mais la communication nutritionnelle est compliquée car elle fait appel à des appréciations subjectives. La qualité nutritionnelle (gras, salé, sucré) d'un aliment doit être prise en compte en même temps que la portion consommée.

La publicité de l'industrie agroalimentaire représente 25 % à 30 % de l'ensemble des dépenses de publicité. L'industrie agroalimentaire est le premier annonceur. La disproportion de leurs moyens avec ceux de l'INPES qui n'est que le trentième annonceur est manifeste. Certaines entreprises de l'industrie agroalimentaire détournent ou tentent de récupérer les prescriptions du PNNS et les messages de l'INPES. Elles s'adressent aussi aux enfants pour qu'ils poussent leurs parents à acheter les produits vantés par la publicité. L'efficacité de la publicité est bien réelle : 90 % des parents achètent le produit demandé par leurs enfants.

La méfiance de l'INPES vis-à-vis du programme « Ensemble, prévenons l'obésité des Enfants » (EPODE) est due au nombre croissant d'entreprises agroalimentaires qui sponsorisent ce programme (Nestlé...). De plus, l'action d'EPODE n'a pas encore été évaluée.

L'INPES considère qu'il ne peut être envisagé de mener une action de prévention en partenariat avec l'industrie agroalimentaire. Les actions conduites peuvent seulement être complémentaires.

Dans cet « univers cacophonique », l'information délivrée par l'INPES est bien perçue (taux de satisfaction de 55 %) et les repères nutritionnels promus dans le cadre du PNNS sont mieux connus (48 % en 2007) de même que le site « manger, bouger » (60 %). Le logo PNNS est moins reconnu (26 %).

Cependant, l'INPES remarque que l'obésité qui était une maladie de riches est devenue une maladie de pauvres et que les populations défavorisées sont moins réceptives aux messages d'équilibre nutritionnel et de prévention de l'obésité. L'INPES est donc très dubitatif sur l'efficacité d'une amélioration de l'étiquetage des produits.

Prochainement, l'INPES va lancer une campagne pour promouvoir la consommation de féculents – « manger des féculents » – qui sont, à tort, considérés comme favorisant la surcharge pondérale, et sur les surgelés.

2. Les préconisations de l'INPES

– Promouvoir une politique globale, cohérente et équilibrée de prévention de l'obésité. Il ne faut pas tout faire reposer sur la responsabilisation des individus mais conduire des politiques transversales qui permettent d'agir sur les environnements afin d'améliorer les déterminants de santé et de faire évoluer les comportements.

– Agir sur l'accessibilité à certains produits : interdiction des distributeurs de confiseries et boissons sucrées, étudier l'interdiction de l'installation de *fast-food* à proximité des écoles (comme au Québec), favoriser la mise en avant des produits conseillés offrant le meilleur rapport qualité/prix.

– Construire des pistes cyclables et des services favorisant l'activité physique (Vélib, meilleure accessibilité aux équipements sportifs...).

– Les repères nutritionnels à promouvoir doivent être précis, compréhensibles et pratiques. Ils doivent donner le mode d'emploi (qu'est ce que manger « moins gras » que signifie « le moins » ?).

– L'étiquetage et l'information sur le statut nutritionnel des produits doivent être simples et lisibles. Certains pays utilisent des pastilles de couleur.

– La prévention de l'obésité doit s'inscrire dans la recherche d'un meilleur équilibre alimentaire global.

– Les collectivités territoriales peuvent jouer un grand rôle dans la prévention de l'obésité.

– L'éventuel renforcement de l'encadrement de la publicité à la télévision de l'industrie agroalimentaire autour des émissions destinées aux enfants et aux jeunes devrait, pour être réellement efficace, concerner aussi les émissions de grande écoute plutôt destinées aux adultes mais que les enfants suivent beaucoup et souvent même davantage.

– L'incitation ou la désincitation à consommer certains produits alimentaires : une taxe nutritionnelle pourrait être créée. La DSS y réfléchit. Un des points délicats est la

détermination de l'assiette. La taxe doit-elle seulement concerner les produits transformés ? Faut-il établir une liste positive (les produits jugés de mauvaise qualité par exemple ?) ou négative des produits concernés ? L'INPES aimerait recevoir le fruit de la taxe pour financer son action.

– L'éventuelle diminution de la TVA sur les fruits et légumes devait faire l'objet d'une évaluation pour mesurer si les consommateurs achètent ou non davantage ces produits.

*

Réunion du 4 juin 2008, 16 h 15

Audition de Mme Pascale Briand, directrice générale de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA).

Synthèse de l'audition

1. Constats

a) Sur l'obésité infantile

Lors du congrès mondial sur l'obésité qui a eu lieu Genève au mois de mai 2008, l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) et l'Institut national de veille sanitaire (INVS) ont présenté les conclusions de leurs travaux qui tendent à montrer une stabilisation de l'obésité infantile en France. Ces données sont convergentes avec celles d'autres études internationales. Mais, à ce stade, le lien entre cette évolution et les politiques publiques menées depuis quelques années n'est pas établi et il n'est pas possible de dire quelles sont les actions qui ont porté le plus de fruits : celles du Programme national nutrition santé (PNNS), celles du programme Ensemble prévenons l'obésité des enfants (EPODE), ou celles mises en place par les collectivités territoriales notamment concernant la restauration scolaire.

L'AFSSA n'a pas évalué les différentes actions locales conduites mais il semble que les actions globales et coordonnées qui visent à faire évoluer les comportements soient efficaces.

Six millions d'enfants fréquentent régulièrement les cantines scolaires. Un milliard de repas leur sont servis chaque année. Les prescriptions des circulaires sur l'hygiène alimentaire semblent bien appliquées mais il y a encore des progrès à faire pour améliorer l'équilibre nutritionnel des menus. Des améliorations pourraient aussi être apportées en matière de formation nutritionnelle des personnels de restauration scolaire.

L'interdiction des distributeurs dans les écoles peut contribuer à faire comprendre qu'il faut éviter l'alimentation déconnectée des repas.

b) Autres constats généraux

L'obésité peut résulter de facteurs génétiques mais aussi d'une dérégulation acquise pouvant trouver sa source pendant la grossesse.

La référence de consommation de 400 g de fruits et légumes par jour fixés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a été traduite en France par « 5 fruits et légumes par jour ». Ce message promu par l'INPES a marqué les esprits.

On note dans les populations les plus favorisées un retour à l'alimentation préparée à partir du produit brut au lieu de l'alimentation transformée présentée en portions.

La réduction des portions des produits alimentaires transformés (diminution des volumes et des tailles) peut poser des problèmes au regard de la politique de développement durable.

Le statut socio-économique des familles explique en grande partie les différences de prévalence de l'obésité et du surpoids. Mais les difficultés financières n'expliquent pas tout ; d'autres causes comme les différences d'habitudes de préparation culinaire et les mauvaises habitudes comme par exemple le temps passé devant la télévision doivent être pointées, notamment s'agissant de l'obésité infantile.

L'AFSSA ne dispose pas des moyens nécessaires pour mener des études en sciences humaines et sociales afin d'apprécier le stress de l'obésité, de l'anorexie et les autres troubles du comportement alimentaire.

Les associations de consommateurs sont des interlocuteurs privilégiés de l'AFSSA et certaines font parties de son conseil d'administration.

c) Sur les produits gras, salés et sucrés

L'AFSSA a été l'une des premières institutions à avoir alerté sur les dangers d'un excès de sel dans l'alimentation. Le sel est la cause de nombreuses maladies comme l'hypertension artérielle, les maladies cardio-vasculaires... Notamment sous l'effet des préconisations du PNNS, la consommation de sel diminue : de 12 g/jour, on est passé à 8 g/jour. Le PNNS 2 fixe un objectif de diminution de 20 %. L'objectif devrait être de tendre vers 4 ou 5 g/jour.

Pour être acceptée par les consommateurs, la réduction de gras, de sel et de sucre dans les aliments doit être progressive. Le changement du comportement du consommateur ne peut se faire par des actions brutales mais par des actions progressives. Les yaourts commercialisés avec la mention « yaourt sans sucre » n'ont pas eu le succès escompté, la plupart des consommateurs étaient habitués aux yaourts sucrés. En revanche, les yaourts sucrés dont on réduit progressivement la teneur en sucre continuent d'être achetés par les consommateurs.

Il est important de connaître quels types de produits salés ou sucrés consomment les Français. En effet, si les pouvoirs publics agissent sur un produit qui contient du sel mais qui ne représente que 1 % de notre alimentation, l'impact positif ne sera que très faible. En revanche, si l'on réduit la quantité de sel d'un produit souvent consommé par 80 % des Français, l'impact sera beaucoup plus important.

d) Sur l'étiquetage

L'AFSSA a rédigé un rapport, à la demande de l'Union européenne, ayant pour objet de comparer les différents types d'étiquetage et d'identifier les avantages et les inconvénients de chacun d'entre eux.

Pour l'AFSSA l'étiquetage pose un problème d'éducation. Les valeurs chiffrées ne parlent pas aux individus.

La réglementation européenne encadre désormais les allégations nutritionnelles mises en avant par l'industrie alimentaire ou la distribution. L'allégation doit être fondée sur des preuves scientifiques.

2. Recommandations de l'AFSSA

– Le constat de la stabilisation de l'obésité infantile doit être un encouragement à poursuivre les politiques publiques engagées.

– Les bonnes et les mauvaises habitudes s’acquièrent dès le plus jeune âge dans le cadre familial et à l’école. Il est donc nécessaire d’intervenir sur ces deux champs.

– L’objectif est de manger de façon équilibrée et diversifiée. Les aliments tels que les sodas ou les bonbons doivent être considérés comme des récompenses pour l’enfant.

– Il faut promouvoir un équilibre alimentaire dans la journée.

– Le déficit d’éducation alimentaire dans le milieu familial peut être compensé par l’éducation nutritionnelle à l’école.

– Favoriser une approche globale concernant les enfants mais aussi les adultes et des actions agissant sur les différents facteurs de risque d’obésité : l’offre alimentaire, les offres de repas, l’activité physique, le temps passé devant la télévision, l’environnement socio-géographique.

– Agir sur la quantité et la qualité de l’offre alimentaire.

– Il faut agir en priorité sur les produits les plus consommés.

– Agir sur l’environnement afin de favoriser les transports suscitant l’activité physique (marche à pieds, vélo…), le sport.

– Inciter à la limitation du temps passé devant la télévision et les écrans d’ordinateurs et au développement de l’activité physique.

– Améliorer l’équilibre nutritionnel des menus servis en cantine scolaire.

– Améliorer la formation nutritionnelle des personnels de restauration scolaire.

– Agir dès le plus jeune âge sur les habitudes alimentaires dans le cadre familial et à l’école.

– Limiter les prises alimentaires en dehors des repas.

– Aménager l’organisation des repas afin de valoriser la notion de plaisir et de partage et le relationnel.

– Inciter à l’alimentation préparée sur le lieu de consommation, à la maison ou à l’école, à partir du produit brut.

– L’étiquetage des produits doit être clair, lisible et compréhensible de manière à permettre au consommateur de se repérer.

– Il serait utile de prévoir des indications visuelles, des repères clairs sur les apports nutritionnels des produits.

– Le sens des mots « lipides » ou « graisses » doivent être expliqués de manière plus explicite.

– Il est important aussi d’expliquer que la consommation excessive de produits allégés, comme par exemple les bonbons sans sucre, peut être aussi dangereuse pour la santé.

– Les recommandations données par les instances régulatrices peuvent produire des effets positifs sur les consommateurs et les industriels mais dans certains cas il peut être utile de légiférer notamment pour faire évoluer les processus de fabrication et la composition des

produits. Le dialogue avec les industriels, le respect des chartes d'autorégulation et l'observatoire de la qualité des aliments sont de bons outils pour faire évoluer les comportements de l'industrie agroalimentaire.

– Il est préférable d'agir sur l'offre plutôt qu'interdire.

– À l'instar du tabac, d'aucuns ont envisagé de faire figurer sur les produits très salés la mention « manger du sel tue ». Toutefois, étant rappelé qu'à la différence de l'alimentation, le tabac n'est pas nécessaire à la vie, il faut éviter d'émettre des messages anxiogènes de nature à accroître le stress alimentaire et de créer des problèmes psychologiques.

– Sans sous-estimer la difficulté à agir en matière de publicité, les pouvoirs publics pourraient être plus actifs en matière de publicité alimentaire s'adressant aux enfants.

– Les enfants étant des prescripteurs efficaces auprès de leurs parents, ils pourraient être davantage mobilisés.

*

Réunion du 4 juin 2008, 17 h 15

Audition de Mme Sophie Delaporte, directrice générale adjointe de la santé (DGS) au ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, Mme Catherine Choma, chef du bureau alimentation et nutrition, M. Michel Chauillac et Mme Landy Razanamahefa, en charge du dossier PNNS.

Synthèse de l'audition

1. Le constat

a) En France

On note une certaine stabilisation de l'obésité infantile mais la prévalence de l'obésité augmente encore dans les milieux les plus défavorisés. On observe donc un creusement des inégalités en matière de nutrition et d'obésité dû notamment aux différences dans l'encadrement familial (télévision dans la chambre...). Or, un enfant obèse ou en surpoids a un risque très élevé d'être obèse à l'âge adulte.

Par ailleurs, près d'un adulte sur deux à un problème de surpoids : 16 % sont obèses et 32 % en surpoids. Or, le coût de l'obésité est mal mesuré. C'est notamment le cas pour ce qui concerne les pathologies et les souffrances psychiques.

La mise en place de documents pédagogiques en coordination avec l'INPES et l'Éducation nationale a permis de développer la prévention dans les écoles. Les matériels pédagogiques venant du secteur privé doivent aussi être en conformité avec les normes du Programme national nutrition santé (PNNS). Des circulaires ont été adressées à cet effet aux directeurs des établissements scolaires.

Aucun expert n'a pu démontrer que les produits dits « *light* » constituent un bien pour la santé. L'appétence à l'égard du sucre est par ailleurs une question très discutée.

b) À l'étranger

Il a été observé une différence dans l'évolution de l'obésité entre le Canada anglophone et le Canada francophone. Il semble que l'évolution de la prévalence de l'obésité soit plus favorable au Québec que dans le reste du Canada.

De même, en Suède, les modes de consommation alimentaire sont influencés par les programmes des chaînes de télévision anglaises qui sont reçues dans ce pays.

2. L'action du gouvernement

D'une manière générale, il vaut mieux éviter le passage en force qui peut conduire à l'échec.

Le 4 février 2008, la ministre en charge de la santé a annoncé plusieurs mesures pour 2008 en matière de nutrition et d'obésité concernant la publicité pour certains produits agroalimentaires et boissons dans les émissions pour enfants, le retrait des confiseries des caisses et la qualité nutritionnelle en restauration scolaire.

Les études récemment menées montrent bien l'influence de la publicité sur les enfants. 62 % des enfants qui regardent une publicité télévisée pour un produit agroalimentaire demandent à leurs parents de l'acheter et 90 % des parents achètent effectivement le produit.

Des études ont montré que la perception de la publicité par les enfants varie selon l'âge. Avant l'âge de 11-12 ans les enfants ne comprennent pas ce qui ressort de ces publicités mais à 16 ans, ils ont une capacité de discernement beaucoup plus grande.

La publicité pourrait être utilisée pour la prévention avec des *gingles* de dessins animés pour faire passer des messages importants et compréhensibles.

La concertation en matière de publicité avec les professionnels concernés rencontre des difficultés. Les représentants de l'industrie agroalimentaire et certains représentants des chaînes de télévision n'ont pas souhaité participer aux réunions de concertation. L'objectif est d'influer sur la ligne éditoriale des émissions jeunesse des chaînes et de ne pas promouvoir la surconsommation des produits concernés. Des progrès ont déjà été constatés dans les émissions enfantines des chaînes publiques.

La négociation sur ce thème est actuellement menée par le ministère de la culture, lequel se préoccupe du financement des émissions jeunesse.

La question est posée du ciblage de la limitation ou de la suppression de la publicité. En effet, les enfants regardent aussi beaucoup les émissions qui ne leur sont pas spécifiquement destinées, notamment dans la tranche 17 heures – 20 heures. Il pourrait être plus opportun de cibler des tranches horaires plutôt qu'un type d'émission. Une liste positive de produits dont la publicité serait autorisée pourrait être établie.

On sait par ailleurs que, dès 11-12 ans, les enfants se détournent de la télévision et utilisent de plus en plus Internet. Il y a donc lieu de prendre en compte cette évolution.

En outre, au regard de certaines expériences étrangères, il faut s'assurer de l'efficacité réelle des mesures de limitation sur les seules chaînes françaises.

Les messages « manger, bouger » diffusés par l'INPES sont bien reçus par la population et ont eu un impact positif. L'effort de communication sur la nutrition doit donc être poursuivi.

En matière de restauration scolaire, il est envisagé de prendre de nouvelles recommandations nutritionnelles plus contraignantes.

3. Villes PNNS/Villes EPODE

On observe des différences importantes entre les villes du programme national nutritionnel santé (PNNS) et les villes « ensemble, prévenons l'obésité des enfants » (EPODE).

Les villes PNNS adhèrent à une charte. Les villes EPODE s'engagent pour une durée de cinq ans. Elles visent à mobiliser les professionnels de santé, de l'Éducation, et les industriels sur le thème de la nutrition. D'aucuns soulignent le risque de confusion dans la mesure où EPODE est soutenu et financé par des entreprises de l'industrie agroalimentaire (Nestlé...). Le programme EPODE est parfois qualifié de lobbying bruxellois se mettant

dans des créneaux les plus porteurs pour augmenter le profit. À l'inverse, on peut considérer comme positif cette forme d'engagement volontaire.

Le PNNS est la politique de l'État reconnue et qui s'impose. EPODE ne fait que s'inscrire dans cette politique mais en l'adaptant à sa manière.

Peut-on affirmer que les industriels diffusent une information plus efficace que celle des pouvoirs publics ?

4. Les mesures proposées

Une action globale d'éducation nutritionnelle incluant notamment les parents est nécessaire.

Il faut renforcer la politique de prévention, notamment chez les enfants.

Il serait souhaitable d'organiser une prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité qui réunirait médecins, diététicien, psychologue, éducateur sportif...

Le principe de qualité nutritionnelle pourrait être fixé par la loi.

Il pourrait être envisagé de mener des expérimentations locales de l'impact d'un renforcement de la qualité nutritionnelle en restauration scolaire.

Des travaux sont actuellement menés avec le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) pour améliorer la formation nutritionnelle des personnels.

Il pourrait être intéressant d'établir des listes positives de produits comme les fruits et légumes ou les produits laitiers.

La réduction de la teneur en sucre, sel ou gras peut s'effectuer de façon progressive.

*

Réunion du 4 juin 2008, 18 h 15

Audition de M. Laurent Degos, président de la Haute Autorité de santé (HAS) et M. François Romaneix, directeur.

Synthèse de l'audition

La Haute Autorité de santé (HAS) a fait du problème d'obésité l'une de ses 5 priorités de travail pour 2008.

1. Les traitements médicaux de l'obésité

L'obésité n'est pas une maladie mais elle est un facteur de risque de nombreuses pathologies.

Il existe deux traitements médicaux pour soigner l'obésité : les médicaments et la chirurgie.

a) Les médicaments

Il existe trois médicaments destinés à soigner l'obésité : le Rimonabant (Acomplia, Zimulti), la Sibutramine (Sibutral) et l'Orlistat (Xenical).

L'Acomplia est remboursé par l'assurance maladie pour les patients déclarés obèses. Mais ce médicament comporte un risque d'effet dépressif sur les patients (8 % des patients). Les Américains en ont refusé l'autorisation de mise sur le marché. En France, ce médicament est contre-indiqué chez les patients présentant un risque de dépression. Par ailleurs, l'efficacité de l'Acomplia est limitée puisqu'il ne permettrait, sur une période 6 à 12 mois, qu'une diminution de 5 % du poids. Il est prévu de limiter les indications de ce médicament.

Le service médical rendu (SMR) de l'Orlistat et de la Sibutramine ayant été jugé insuffisant par la commission de la transparence de la HAS, ils ont été retirés du marché.

b) La chirurgie de l'obésité

On distingue deux types de chirurgie de l'obésité :

– la restriction gastrique qui diminue l'ingestion alimentaire par réduction de la capacité gastrique (gastroplastie verticale calibrée ou gastroplastie par pose d'anneaux ajustables) ;

– les techniques mixtes qui associent à une restriction gastrique le principe d'une malabsorption intestinale par la création d'un système de court-circuit ou de dérivation (court circuit gastrique ou dérivation biliopancréatique).

La chirurgie s'adresse surtout aux grands obèses dont l'indice de masse corporel (IMC) est compris entre 40 et 50. La HAS préconise un accompagnement du patient, en plus de son hospitalisation, sur une longue durée, avec une prise en charge psychologique ou psychiatrique.

Au total, les trois médicaments qui existent sont d'une efficacité modérée et les traitements chirurgicaux sont efficaces mais les indications sont limitées. Il y a d'ailleurs eu des excès dans le recours à cette chirurgie.

2. Les propositions de la HAS

– Seuls les pays qui auront su maîtriser l'épidémie d'obésité pourront préserver leur système de protection sociale.

– La HAS n'a pas, elle-même, évalué le coût de l'obésité pour la société, mais compte tenu de la part que représente l'obésité dans les dépenses sociales, il y a lieu de faire de la lutte contre l'obésité une priorité nationale de santé publique.

– On pourrait s'inspirer des expériences étrangères intéressantes comme, par exemple, celle du Danemark où l'éducation culinaire est enseignée sous forme ludique dans les écoles. En Grande-Bretagne, l'obésité est une priorité de santé publique.

– La prévention doit veiller à une meilleure compréhension des messages par tous et à distinguer surpoids et obésité. Il faut veiller à ne pas favoriser une mauvaise interprétation des messages, en particulier par les jeunes.

– La lutte contre l'obésité nécessite une action durable permettant de modifier les comportements alimentaires et de faire évoluer les habitudes de vie. Cette action doit s'exercer de manière très précoce, dans l'enfance. Il est nécessaire de développer la prise de conscience sociétale et d'agir sur tous les déterminants sociaux de l'obésité. Les pouvoirs publics doivent mener une politique globale qui pousse les individus à changer de comportement, développe l'éducation alimentaire, incite à la pratique d'activités physiques et crée un environnement favorable à ces évolutions.

– Le citoyen doit devenir acteur de sa propre santé. Il faut développer l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique. Mais comme on dispose de peu de données sur l'efficacité de l'éducation thérapeutique, il serait souhaitable de procéder à des expérimentations. L'éducation thérapeutique de la personne obèse sera un des thèmes prioritaires de la HAS pour 2009.

– L'organisation de la prise en charge des personnes obèses est insuffisante. Le dépistage de l'obésité doit intervenir le plus tôt possible. Un flou existe en ce qui concerne les différents interlocuteurs (diététicien, médecin, psychologue...) auxquels les personnes obèses peuvent s'adresser. L'institution d'un interlocuteur unique serait utile pour favoriser le dialogue. À cet égard, l'institution des maisons de santé pluridisciplinaire apparaît positive. L'hospitalisation devrait concerner seulement les très grands obèses, qui sont peu nombreux, et des alternatives à l'hospitalisation et à la médicalisation devraient être développées. En ce qui concerne les jeunes, les maisons des adolescents peuvent constituer des points de contacts efficaces.

Réunion du 11 juin 2008, 9 h 30

Audition de M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale (DSS) au ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.

Synthèse de l'audition

1. Le constat

L'obésité est un problème majeur de santé publique. La France est, comme les autres pays, exposée à l'épidémie d'obésité. L'obésité est très forte dans le Nord et l'Est de la France ainsi que dans les collectivités d'outre mer.

L'obésité coûte entre 4 à 6 milliards d'euros à l'assurance maladie, en comptant les prestations en nature et les indemnités journalières d'arrêts de maladie fréquents résultant de l'obésité.

Selon une étude de l'IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé), en 2002, la consommation de soins des personnes obèses s'élevait à 2 500 euros, soit le double que pour les personnes de poids normal. On peut ajouter à ce montant entre 400 et 630 euros d'indemnités journalières.

L'obésité est une souffrance individuelle et sociale. On ne dispose pas de données précises sur le lien entre l'obésité, la dépression et le suicide et le coût des souffrances psychologiques n'a pas été chiffré. Peut-être l'assurance maladie dispose-t-elle d'information sur ce sujet.

En revanche le lien entre le diabète de type 2 et l'obésité est bien établi. Le diabète est, après le cancer, l'affection de longue durée la plus coûteuse. Le diabète touche 2,3 millions de personnes et coûte 8,9 milliards d'euros à l'assurance maladie. Le diabète est la maladie qui connaît la plus forte progression. Le coût de la prise en charge du diabète a doublé en cinq ans, entre 2000 et 2005.

Par ailleurs, un indice de masse corporelle supérieur à 40 réduit l'espérance de vie de 10 ans. Cela s'explique par l'augmentation de l'exposition à de nombreuses maladies comme les maladies cardiovasculaires.

Le PNNS donne certains résultats dans les populations les plus favorisées et les plus instruites qui ont bien réagi aux messages de prévention mais pas dans les catégories les moins favorisées où la prévalence de l'obésité continue d'augmenter. On note ainsi une augmentation du gradient social.

L'étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), réalisée en 2004-2005 sur un échantillon de 771 écoles, indique une prévalence chez les enfants de la surcharge pondérale de 19,7 %, de 16 % pour le surpoids et de 3,7 % pour l'obésité. L'importance du gradient social se retrouve aussi chez les enfants.

En relais de l'action de l'État, beaucoup d'initiatives sont prises par les collectivités territoriales dont certaines sont soutenues, notamment dans le cadre d'EPODE, par les entreprises agroalimentaires.

2. Propositions

– La politique de lutte contre l’obésité doit être globale et cohérente. Elle doit viser à agir sur les prix des produits, sur l’information et le conseil nutritionnel et sur les produits eux-mêmes.

– En matière de restauration scolaire, il convient de s’interroger pour savoir quelle est la meilleure solution entre le libre-service ou le repas imposé. Il convient aussi de revoir les dispositions applicables en matière de cahier des charges des cantines scolaires.

– S’agissant de l’information en matière nutritionnelle il faut privilégier l’approche culturelle. Les brochures pratiques de l’assurance maladie destinées aux populations précaires peuvent être utiles.

– Il est souhaitable de rapprocher les actions sociales de la branche famille et de la branche maladie pour agir plus efficacement dans ce domaine. Les prochaines conventions d’objectifs et de gestion devraient contenir des dispositions à cet effet. L’action sociale de la branche famille est, en outre, à repenser et à orienter vers l’aide collective et individuelle à la parentalité (formation et aide à la tenue du budget familial, à faire son marché, à cuisiner avec des cours de cuisine, à la nutrition, à l’éducation des enfants...). Les caisses d’allocations familiales peuvent contribuer à redonner des repères dans ce domaine.

Les CPAM et les CAF doivent être rapprochées pour mener des actions renforcées et ciblées en direction du public prioritaire des populations précaires.

– Afin de pallier le manque de repères, aider au choix et inciter à aller vers la qualité nutritionnelle, on pourrait mettre en place un titre-restaurant ou « titre-nutrition-santé » solvabilisé par des aides sociales et fiscales modulées selon la qualité nutritionnelle des aliments consommés dans le respect d’un cahier des charges. Dans le même esprit, on pourrait expérimenter un système de bons d’achats destinés aux populations précaires pour orienter la demande vers des produits de meilleure qualité nutritionnelle.

– Des améliorations pourraient être apportées en matière d’étiquetage afin de donner des repères simples aux consommateurs, comme en Grande-Bretagne. Il est même possible d’aller au-delà de la réglementation européenne en la matière s’il est démontré qu’il y a un intérêt de santé public.

– Aux États-Unis, l’éducation nutritionnelle donne de bons résultats. La France, pour sa part, doit mieux utiliser ses atouts de la pause méridienne, de sa culture culinaire ainsi que de la qualité et de la diversité de l’offre alimentaire.

– La fiscalité nutritionnelle est un levier qui peut être mobilisé. Comme le propose la proposition de loi de M. Jacques Remiller, la TVA sur les fruits et légumes pourrait être abaissée au taux réduit de 2 %. Par ailleurs, une taxe nutritionnelle pourrait être créée. Elle pourrait concerner certaines boissons sucrées, certains produits destinés aux enfants, et des produits de grignotage sucrés ou salés.

– Les ARS et les maisons de santé pluridisciplinaires dont le projet médico-social pourrait être orienté vers les populations précaires devraient permettre de renforcer le dépistage et d’améliorer la prise en charge.

– En application de la loi du 13 août 2004, les organismes de couverture complémentaires qui bénéficient d’avantages sociaux et fiscaux dans le cadre des « contrats

responsables » en contrepartie des efforts à fournir notamment en matière de prévention devraient être sollicités pour être plus actifs qu'ils ne le sont aujourd'hui.

– La médecine scolaire devrait dépister et prendre en charge de manière précoce les enfants obèses ou risquant de le devenir.

– Les services de PMI qui sont proches des gens notamment en milieu rural pourraient être aussi sollicités pour mener des actions de proximité.

– Les actions de *disease management*, de soutien et d'accompagnement des patients du type du service Sophia qui a été mis en place par l'assurance maladie à titre expérimental pour aider les patients diabétiques pourraient être étendues.

– Il est aussi souhaitable de progresser dans la mise en place des contrats individuels et des nouvelles rémunérations des médecins.

*

Réunion du 11 juin 2008, 10 h 30

Audition de Mme Annie Podeur, directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) au ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, et M. Louis Lebrun, conseiller médical à la sous-direction de l'organisation du système de soins.

Synthèse de l'audition

En matière de prévention de l'obésité, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) intervient en deuxième ligne, après la direction générale de la santé, mais assure, au décours des soins, une action préventive non négligeable.

La prévention de l'obésité est une question de société qui concerne aussi les établissements de santé au travers de leur mission soignante.

L'ensemble des experts consultés depuis des années, et notamment les rapports de l'INSERM sur l'obésité infantile de 2000 ou sur l'évaluation des programmes de prévention et de prise en charge de 2005, ce dernier ayant été demandé par l'Office parlementaire des politiques de santé (OPEPS), s'accordent sur les déterminants socio-économiques, et les facteurs alimentaires qui expliquent la genèse et le développement de l'obésité.

Ils soulignent que la prévention se décline à plusieurs niveaux :

- une prévention ciblée sur les individus et notamment sur les sujets atteints ;
- une prévention sélective à destination des groupes à plus haut risque ;
- une prévention universelle pour l'ensemble de la population.

Les établissements de santé ont donc leur rôle à jouer. Lorsqu'ils prennent en charge des patients obèses pour des soins directement liés à cette pathologie ou sans rapport avec elle, ils doivent être en mesure de dispenser l'éducation thérapeutique adaptée à chacun. Ils doivent aussi pouvoir répondre aux questions de tout patient, et offrir une aide diététique et nutritionnelle « à la carte » autant que de besoin.

1. La DHOS est impliquée depuis le premier programme national nutrition santé dans l'amélioration de la prise en charge des patients obèses

a) Les établissements doivent disposer d'un matériel adapté

La circulaire DHOS/E4 2005-82 du 11 février 2005 relative à la création de pôles interrégionaux spécialisés dans l'accueil des personnes obèses avait posé les premiers jalons : il faut pouvoir accueillir les patients obèses, en disposant de matériels adéquats pouvant supporter leur poids, que leur pathologie soit liée à leur obésité ou non. Au départ, huit centres avaient été définis pour bénéficier d'un financement spécifique leur permettant de s'équiper, ce qu'avait noté le rapport de l'OPEPS d'octobre 2005.

Il a ensuite été décidé d'étendre cet équipement à l'ensemble des régions. C'est ainsi qu'a été financé en 2007, au travers du Fonds de modernisation des établissements de

santé publics et privés (FMESPP), l'équipement des établissements, au premier rang desquels les centres hospitalo-universitaires, en pèse-personnes, tensiomètres adaptés, lits spéciaux, brancards, fauteuils roulants..., pour qu'ils soient en mesure d'accueillir sans problème logistique les personnes obèses. Quatre millions d'euros y ont été consacrés en 2007.

Le Comité de pilotage du PNNS a d'ailleurs considéré cette action comme faisant partie de celles « *pour lesquelles on peut considérer qu'il y a eu des avancées notables* ».

Un crédit de 80 000 euros est par ailleurs prévu en 2008, pour financer les unités transversales de nutrition clinique (UTNC) prévues par le PNNS. Elles concernent plus particulièrement le sujet de la dénutrition, mais il y aura des liens évidents avec les équipes en charge des questions d'obésité, notamment les nutritionnistes.

Pour ce qui est des équipements lourds comme les scanners, les IRM (ou « *remnographes* »), une démarche d'acquisition d'équipements adaptés, et de leur mutualisation, est en cours. On peut déjà identifier que Paris, Toulouse, Bordeaux, sont déjà équipés de tous les équipements nécessaires à la prise en charge des personnes obèses. Le CHU de Dijon est en passe d'achever son équipement.

J'ai demandé à mes services de faire un bilan de la situation à l'automne.

b) Des équipes soignantes doivent être identifiées

La prise en charge, tant soignante que préventive (et notamment pour prévenir le retour d'une surcharge pondérale majeure, après un amaigrissement réussi), de l'obésité et des patients obèses nécessite la constitution d'équipes soignantes pluridisciplinaires.

Pour les formes très graves, concernant environ 1 % de la population, les pôles régionaux définis en 2005 ont été constitués ; leur lisibilité, pour les patients, et notamment lorsque l'on consulte les sites internet des établissements concernés, est certes hétérogène, et des progrès de communication sont à faire sur ce point. Mais, par exemple, la démarche de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, est sur ce point exemplaire, et visible : onze sites « de référence » y ont été identifiés par une démarche volontaire reposant notamment sur un cahier des charges, un appel d'offres et sélection des équipes, avec un audit externe de ces centres fin 2007 après dix-huit mois de fonctionnement.

On peut donner un exemple très concret des problèmes qui peuvent se poser en matière de prise en charge de l'obésité : l'encadrement éventuel de la pose d'anneaux gastriques, en édictant des conditions relatives au suivi des patients via leur inscription à la liste des produits et prestations remboursables (LPPR). Il est apparu que la base réglementaire pour ce faire était d'une part fragile, d'autre part inadaptée car ce n'est pas en définissant une réglementation relative à un dispositif médical implantable que l'on règle véritablement, de façon satisfaisante, la question de la prise en charge globale du patient, en l'espèce préalablement à l'indication d'anneau gastrique et surtout en ce qui concerne l'indispensable suivi pluridisciplinaire au long cours après sa pose.

2. La DHOS accompagne la mise en œuvre du PNNS 2

Dans le cadre du chantier « prise en charge de l'obésité »

Selon les termes mêmes du rapport du Comité de pilotage du PNNS, certains grands chantiers ont été soumis au Comité national de santé publique comme grandes orientations du PNNS 2 pour l'année 2008. Le neuvième est intitulé « Prise en charge de l'obésité ».

Il prévoit notamment de :

– faire une lettre de mission pour définir les conditions de pilotage de ce chantier au Professeur Chantal Simon avec le pilotage administratif de la DHOS ;

– mettre en place un groupe de travail élargi avec tous les acteurs concernés réfléchissant aux différents niveaux de prise en charge des sujets obèses (adultes et enfants) : réseaux, spécialistes, structures hospitalières, services longs séjours... ;

– renforcer notamment la formation continue des médecins généralistes (FMC agréée) et du personnel hospitalier ;

– coordonner avec la mission Basdevant sur l'accès aux soins des patients obèses et les conditions d'accueil des patients obèses dans les établissements de santé.

Est aussi prévue, la rédaction d'un référentiel national concernant la prise en charge de l'obésité au sein des réseaux de santé.

La question de l'obésité, et plus généralement de la nutrition, sera intégrée dans le référentiel des réseaux sur les maladies chroniques. Il est en effet indispensable de tenir compte de l'ensemble des professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice, qui doivent travailler de façon coordonnée. Les ressources médicales, soignantes, médico-sociales mobilisées au sein des réseaux sont celles de personnes qui doivent avoir « plusieurs cordes à leur arc » et réunir des compétences approfondies mais polyvalentes. Il faut éviter le fractionnement des prises en charge, générateur d'une croissance des dépenses évitable tant pour la ville que pour l'hôpital. Les réseaux monothématiques pointus doivent s'intégrer dans cette indispensable approche globale des patients.

L'accent sera aussi mis sur les formations pour les personnels hospitaliers sur l'obésité. Une action de formation nationale sur l'obésité est proposée cette année au personnel des établissements de santé publics dans le cadre de la circulaire de l'association nationale pour la formation du personnel hospitalier (ANFH).

En outre, une enquête sur la mise en œuvre des comités de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) sera mise en œuvre en septembre prochain via un questionnaire en cours de finalisation par mes services.

Par ailleurs, la DHOS contribue à la mission confiée au Professeur Arnaud Basdevant sur la prise en charge de l'obésité dans les établissements de santé.

En ce qui concerne l'axe de repérage et de la prise en charge des troubles nutritionnels, et spécifiquement de l'obésité, le Professeur Arnaud Basdevant, chef du service de nutrition à l'hôpital Pitié Salpêtrière de Paris, va remettre à Mme Bachelot-Narquin à la fin du mois de juin le rapport pour lequel il avait été missionné. Il lui est demandé de proposer les conditions de l'amélioration de la prise en charge médicale des patients obèses en établissements de santé. Il a travaillé pour ce faire avec un groupe composé de médecins spécialistes en matière d'obésité, d'associations de personnes obèses et de représentants de la DHOS.

3. La DHOS veillera aussi à la bonne insertion des soins de suite et de réadaptation dans le parcours de soins

La publication récente des décrets définissant les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de suite et de réadaptation est l'occasion de réaffirmer l'importance de prendre en compte la problématique des patients obèses en matière tant d'organisation que de financement des SSR. Tant la concertation sur la circulaire d'accompagnement de ces décrets que les travaux en cours sur la réforme du financement des SSR permettront d'y veiller.

4. La DHOS est attentive à l'amélioration de la couverture des surcharges financières induites par la prise en charge des patients obèses et notamment en ce qui concerne le coût des séjours hospitaliers

La DHOS, la mission opérationnelle pour l'expérimentation et la mise en place de la tarification à l'activité des établissements de santé (MT2A), l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) mènent actuellement des travaux d'analyse des bases de données d'activité et de coûts hospitaliers pour voir dans quelle mesure l'obésité sévère peut être considérée comme une comorbidité associée à des surcoûts dans la prise en charge de ces patients ; les résultats de ces travaux seront pris en compte dans la nouvelle version de la classification en groupes homogènes de malades, version 11 dont Mme Bachelot-Narquin a annoncé la mise en œuvre dès la campagne tarifaire 2009. Naturellement, les tarifs des GHM seront adaptés en conséquence.

La question du développement de l'éducation thérapeutique fait l'objet de travaux spécifiques. Il s'agit notamment de définir les caractéristiques des programmes et actions d'éducation thérapeutique qui bénéficieront d'une reconnaissance et d'un financement adapté.

En conclusion, il faut souligner la nécessité d'adapter des établissements de santé pour d'une part favoriser l'accès physique aux soins non liés à l'obésité pour les personnes obèses, d'autre part prendre en charge les formes très graves d'obésité dans des pôles de référence, ce qui concerne 1 % de la population. La DHOS est très attentive en particulier au développement de l'éducation thérapeutique et à l'adaptation des financements, dans le cadre de la tarification à l'activité.

Il est dans les missions de la DHOS de veiller au maintien et à la viabilité de cette offre de soins, et au développement des prises en charge pluridisciplinaires associant l'ensemble des professionnels de santé, tant hospitaliers que de ville.

Réunion du 11 juin 2008, 11 h 30

Audition de M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et M. Hubert Allemand, médecin conseil national, M. Pierre-Jean Lancry, directeur de la santé de la Mutualité sociale agricole (MSA), M. Hervé Treppoz, médecin conseil technique national, et Mme Colette Macquart, chargée de mission plan de lutte contre la précarité et prévention santé, M. Philippe Ulmann, directeur de la politique de santé et gestion du risque du Régime social des indépendants (RSI) et Mme Stéphanie Deschaume, directrice adjointe de la politique de santé et de gestion du risque.

Synthèse de l'audition

– Le coût de la prise en charge de l'obésité par l'assurance maladie est de 4 milliards d'euros et de 10 milliards d'euros si on ajoute le surpoids. Les personnes obèses et en surpoids représentent 78 % des diabétiques traités, 75 % des hypertendus et 72 % des personnes ayant une dyslipidémie.

La CNAMTS n'a pas encore défini de programme spécifique sur l'obésité. Si cela lui est demandé, l'assurance maladie pourrait mettre en place en 2009 un programme de lutte contre l'obésité, même si ce problème ne concerne pas seulement le système de soins.

La réforme de 2004 qui a mis en place le médecin traitant a notamment pour objet de permettre une meilleure responsabilisation des patients. Dans cette logique, il est possible de développer un programme de gestion du risque structuré en direction des professionnels de santé et des patients.

Le programme expérimental Sophia pour les diabétiques est une première concrétisation de cette orientation. Il faudra voir dans quelle mesure serait supportable le coût d'une extension de ce système d'accompagnement en faveur des personnes en surpoids ou obèses. La France est en effet en retard en matière d'accompagnement des patients.

Les actions de prévention contre l'obésité devraient être ciblées en priorité sur les personnes âgées de 16 à 24 ans. Un bilan de prévention pourrait être proposé en priorité à certains assurés selon des critères de revenus. Un suivi pendant la grossesse jusqu'à la naissance devrait également être prévu. C'est une période favorable pour donner des repères nutritionnels précis et concrets à la mère.

L'Internet pourrait être mieux utilisé pour développer les échanges de toute nature avec l'assurance maladie. Un portail de prévention pourrait être mis en place. Les accords conventionnels pourraient prévoir que la lutte contre l'obésité est une priorité de prévention. Il pourrait être demandé aux praticiens de communiquer l'IMC de leurs patients à l'assurance maladie, en particulier dans le cadre de la mise en œuvre en 2009 des contrats individuels qui doivent permettre un meilleur échange d'informations. Des actions pourraient aussi être conduites de manière coordonnée avec les caisses d'allocations familiales. L'éducation thérapeutique pourrait aussi être développée.

Plus globalement, il conviendrait, d'une part, d'agir sur les assurés ainsi que sur l'offre de soins et d'évaluer les modifications des comportements, d'autre part de vérifier que les messages de l'INPES n'engendrent pas de confusion avec la publicité commerciale.

Une étude inter-régimes récente établit un constat défavorable sur la chirurgie de l'obésité. 22 500 interventions sont réalisées par an. Depuis l'élaboration des recommandations de la HAS sur ce sujet, l'entente préalable est nécessaire. Pourtant, l'étude souligne des insuffisances dans la lisibilité de l'offre de soins et l'information des malades. Certaines interventions entraînent de graves conséquences pour les patients, notamment après des interventions de chirurgie bariatrique. Un tiers des établissements de soins pratiquant la chirurgie de l'obésité effectue une intervention seulement tous les deux mois. L'intervention chirurgicale ne fait que très rarement l'objet d'un suivi, notamment d'un suivi psychologique.

Afin de mieux coordonner la ville et l'hôpital, il serait souhaitable que le système Infos soins soit étendu aux actes réalisés dans les établissements hospitaliers afin notamment de pouvoir identifier les prescriptions. De même, la facturation individuelle devrait être généralisée à l'hôpital ; elle ne concerne actuellement qu'un quart des séjours.

Par ailleurs, on observe un mésusage des médicaments contre l'obésité. 30 % des remboursements de Rimonabant correspondent à des prescriptions à des personnes non diabétiques. En outre, 9 % des personnes traitées avec ce médicament prennent des antidépresseurs.

– On note chez les ressortissants du régime agricole en particulier une surprévalence de l'obésité et du surpoids. En outre, les personnes qui habitent dans les villes de moins de 2 000 habitants ont en moyenne un poids plus élevé de 2 kg par rapport aux habitants des villes plus importantes. La Mutualité sociale agricole (MSA) mène une action de prévention en partenariat avec les caisses d'allocations familiales et entretient des partenariats spécifiques pour ce qui concerne les personnes handicapées ou les personnes âgées.

– On observe aussi une surprévalence de l'obésité chez les ressortissants du Régime social des indépendants (RSI), notamment chez les chauffeurs de taxi, et les commerçants sur les marchés. Cette surprévalence qui engendre un surrisque de pathologies associées peut notamment s'expliquer par le travail en horaires décalés ou de nuit, la consommation de boissons alcoolisées et de produits de grignotage.

*

Réunion du 18 juin 2008, 9 h 00

Audition de Mme Nathalie Viard, directrice adjointe, responsable du pôle santé de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) de Picardie, et Mme Henriette Noël, infirmière de santé publique, et Mme Gisèle Thomes, directrice départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de Charente.

Synthèse de l'audition

– La région Picardie qui comprend 1,8 million d'habitants a des indicateurs socio-économiques et de santé, notamment en matière d'obésité, inférieurs la moyenne. Les trois quarts des crédits de prévention de la DRASS sont affectés à l'obésité pour le financement d'actions transversales de prévention et d'accès aux soins.

La DRASS conduit une action globale en matière de nutrition qui comporte trois volets : la prévention de l'obésité, la nutrition et la dénutrition des personnes âgées. La DRASS relaie les prescriptions relatives à la suppression de la collation matinale dans les écoles mais s'interroge sur la pertinence de son remplacement par une distribution de petits-déjeuners dans les zones d'éducation prioritaire. Il y a un risque de désresponsabilisation des familles. Il faut toutefois rappeler que certaines études montrent que la prévalence de l'obésité est moins importante chez les enfants qui fréquentent les cantines scolaires que chez ceux qui ne les fréquentent pas.

La DRASS s'inscrit dans une démarche souple et pluridisciplinaire de territoire de santé. Le conseil régional n'a pas de compétence en matière de santé publique mais il est tout de même impliqué dans les politiques de santé publique et peut être un point d'appui utile. Huit pôles de prévention ont été définis. La volonté partagée est de ne pas recréer une nouvelle structure. Les responsables régionaux du PNNS participent aux réunions organisées par la DGS chaque trimestre et une fois par an concernant les programmes régionaux de santé publique (PRSP).

Certaines villes sont des villes EPODE (« Ensemble, prévenons l'obésité des enfants ») et des villes actives PNNS. La labellisation « ville PNNS » qui est gratuite impose de respecter les messages diffusés dans le cadre du PNNS et de mettre en place au moins une action préconisée par le PNNS dans l'année. En revanche, la mise en œuvre du programme EPODE coûte à la commune entre 1,5 et 2 euros par habitant et suppose la mise en œuvre d'un ensemble d'actions.

En raison de la multiplicité des acteurs et du fait qu'EPODE est aussi en partie financé par des entreprises de l'agroalimentaire, il y a un risque de confusion et de brouillage des messages.

– La DDASS de Charente inscrit son action en matière de prévention de l'obésité dans une démarche partenariale. Un comité de pilotage se réunit deux fois par an pour identifier des thématiques larges d'action, d'animation du réseau et de diffusion des expériences positives.

Des améliorations pourraient être apportées en ce qui concerne l'organisation de la prise en charge dans la durée, la mise en cohérence de l'offre de soins hospitalière et de ville dans le cadre des SROS.

Il pourrait être envisagé d'instaurer des incitations financières des professionnels de santé pour favoriser le développement de la prévention, la prise en charge de l'obésité et de l'éducation nutritionnelle.

Dans le cadre de la nouvelle version de la tarification à l'activité (le V11), l'obésité pourrait être considérée comme un facteur de comorbidité. Il paraît à cet égard préférable que le point d'entrée dans la tarification se fasse par le diabète ou la maladie cardiovasculaire plutôt que par l'obésité afin d'éviter le risque de stigmatisation.

Il faut cependant veiller à éviter de segmenter les réponses à apporter aux différents problèmes de santé et inscrire les projets des établissements de santé dans le cadre de territoires de santé afin d'assurer un suivi continu de l'action en direction des personnes obèses.

Les actions en milieu scolaire doivent être menées en coordination avec l'Éducation nationale et les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).

Dans le cadre du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), de nombreuses mesures concernant la nutrition sont prévues (épiceries sociales, ateliers cuisine...).

Il y a lieu d'assurer l'exemplarité des actions, de les organiser et de diffuser les bonnes pratiques. Mais la mise en œuvre des actions et leur efficacité dépend en grande partie du bon vouloir des acteurs locaux et des moyens dont ils disposent. Afin de pallier le manque d'opérateurs sur certains territoires, il est nécessaire de former des animateurs de projets et de réseaux.

*

Réunion du 18 juin 2008, 10 h 00

Audition de M. Gilles Grenier, directeur de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) d'Aquitaine, et Mme Hélène Thibault, médecin pédiatre à l'Institut de santé publique d'épidémiologie et de développement (ISPED) – Université Bordeaux 2 et coordinatrice régionale du programme nutrition, prévention et santé des enfants et adolescents en Aquitaine, M. François Baudier, directeur de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) de Franche-Comté, M. Alain Bourez, directeur général de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) des Hauts-de-Seine, et Mme Dominique Chabod, responsable du département prévention santé, M. Éric Véchard, directeur des relations avec les partenaires de santé et de la prévention de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Val-de-Marne, Mme Claudette Berthet, responsable du pôle réseaux, établissements, prévention et actions sanitaires, M. Alain Rubin, chargé d'études, et Mme Caroline Grangé, membre du cabinet du directeur général.

Synthèse de l'audition

1. L'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) d'Aquitaine

L'URCAM d'Aquitaine a défini dans le plan régional de santé publique des objectifs à atteindre en matière de dépistage précoce de l'obésité, de la prise en charge de l'enfant obèse, d'offre alimentaire et d'action pédagogique.

Pour mettre en œuvre ces priorités, l'URCAM a mobilisé les différents acteurs, tout particulièrement les collectivités territoriales, qui sont notamment les maîtres d'œuvre en matière de restauration scolaire, et vise à coordonner les différentes initiatives.

Malgré la suppression des distributeurs automatiques de confiseries et de boissons sucrées, il existe encore des lycées et collèges qui distribuent des viennoiseries et des boissons sucrées dans les foyers des élèves.

Le dépistage et la prise en charge des enfants en surpoids ou obèses doivent être le plus précoce possible, dès l'âge de 4, 5 ou 6 ans. Il convient surtout de veiller à l'éventuel rebond d'obésité qui se produit vers l'âge de six ans. Avant ces âges, il faut aussi renforcer la surveillance. Il a été montré que pendant les deux premières années de vie, plus l'enfant grossit vite, plus il grandit et plus le risque est grand qu'il devienne obèse.

Dans les populations précaires, la prévalence de l'obésité continue d'augmenter, en particulier dans les zones d'éducation prioritaires (ZEP). En revanche on note une stabilisation chez les enfants hors ZEP. Les actions qui ont été menées semblent avoir été efficaces pour les populations les plus favorisées. Il reste à sensibiliser les populations défavorisées par des actions plus efficaces. L'URCAM s'est ainsi penchée sur la question de l'éducation physique et sportive. Il faudrait inciter les collectivités locales à faire davantage pour promouvoir ces activités auprès des populations défavorisées.

Les actions menées dans le cadre d'« Ensemble prévenons l'obésité des enfants » (EPODE) semblent efficaces en particulier envers les plus jeunes.

Un plan obésité similaire au plan cancer semblerait une bonne solution. Mais il serait alors souhaitable d'unifier la communication en matière de nutrition et d'impliquer

l'ensemble des collectivités territoriales dans la mise en œuvre, ce qui n'est pas actuellement le cas dans le cadre du PNNS.

2. L'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) de Franche-Comté

Il y a en Franche-Comté une bonne coopération entre l'URCAM, l'ARH, la DRASS et l'assurance maladie. On retrouve les mêmes priorités de santé publique, notamment concernant l'éducation thérapeutique, dans le SROS 3, le programme régional de santé publique et le programme de gestion des risques de l'assurance maladie et le pilotage est coordonné. Il est en effet essentiel d'agir de concert sur le préventif, le curatif et l'organisation des soins entre la ville et l'hôpital.

Le PNNS, qui a été conçu en s'inspirant du Plan cancer, apparaît tout aussi exemplaire que ce dernier. Il a permis de dynamiser certaines actions et a favorisé une articulation positive entre le régional et le national.

Pour toucher les populations les plus défavorisées il faut privilégier l'action par le biais de l'école et des enseignants. Le PNNS ne concerne pas seulement ces derniers mais aussi les médecins.

Les collectivités territoriales peuvent jouer un rôle important notamment en matière d'éducation et de sport. Les chefs lieux des quatre départements de la région sont des villes actives PNNS. La région Franche-Comté s'est engagée très tôt pour promouvoir les actions du PNNS dans les lycées. Les conseils généraux cherchent aussi à développer un partenariat actif avec les communes. Les actions en matière de restauration visent tant les établissements scolaires que les hôpitaux.

L'URCAM a établi des documents simples et pratiques pour mettre en place des menus équilibrés. Un travail a été mené pour mieux intégrer, malgré les contraintes relatives aux marchés publics, la qualité nutritionnelle des aliments et des repas dans les appels d'offre.

En matière de prévention le PNNS prévoit des mesures utiles. Mais alors que l'obésité continue de progresser chez les adultes, force est de constater que l'offre de dépistage, de prise en charge et de soins reste très insuffisante. Il faudrait que la HAS publie des recommandations sur ce point et renforcer l'offre de soins en faveur des adultes.

Cependant, une multitude de plans sont émis chaque semaine par le ministère de la santé et au niveau local. Cela devient ingérable. Il faut plus de coordination au niveau local entre tous les acteurs et les départements.

3. La caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) des Hauts-de-Seine

La prévalence de l'obésité dans le département des Hauts-de-Seine est de 8 %.

Des partenariats existent entre la CPAM et presque toutes les communes du département. Ainsi, une action coordonnée de dépistage des risques de maladies cardiovasculaires a été mise en place. Les cardiologues du département ont rédigé un questionnaire simple adressé aux personnes de 55 à 77 ans. L'idée est de sensibiliser et d'analyser les différents comportements de la population interrogée. Le questionnaire avait un but pédagogique. À l'appui du questionnaire, il est proposé une consultation gratuite de

dépistage avec un cardiologue. Une prise de sang est effectuée chez les personnes volontaires.

Le dépistage est assuré par des médecins libéraux dans huit centres. Les patients pouvaient bénéficier des conseils d'un diététicien. Lorsqu'un problème est détecté, le médecin envoie une lettre au médecin traitant.

80 % des personnes à risque dépistées ont été voir leur médecin traitant. 80 % des personnes dépistées sont en surpoids et 41 % présentent une obésité abdominale.

5 diététiciens ont été associés à cette action de dépistage organisé. Un numéro vert départemental a été créé pour proposer des consultations diététiques par téléphone mais, en raison d'une insuffisance de relais par la presse locale, cette initiative n'a pas connu un grand succès. Il n'y a pas, en effet, de presse locale ni de médias locaux spécifiques au département. Mais peut être que la formule téléphonique n'est pas appropriée. Il pourrait être intéressant d'étudier la mise en place d'un numéro vert national.

En revanche, le centre d'examen de santé des enfants du département fonctionne bien. Il effectue 4 000 à 5 000 visites par an. Les Hauts-de-Seine ont un des deux seuls centres d'examen de santé de l'enfant qui existent en France. L'autre est à Paris.

Par ailleurs, la CPAM des Hauts-de-Seine a développé un programme, intitulé « Nutritipi », d'action nutritionnelle et d'éducation physique.

Afin d'accroître l'efficacité de l'action des animateurs médico-sportifs, il faudrait introduire l'éducation nutritionnelle dans leur formation.

4. Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Val-de-Marne

L'obésité est une « bombe à retardement » qui menace de déséquilibrer le financement de l'assurance maladie.

Selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), les hommes en situation de précarité auraient tendance à maigrir tandis que les femmes dans la même situation auraient tendance à sombrer dans l'obésité. Or les problèmes nutritionnels vont souvent de pair avec le non-recours aux soins. Les publics concernés sont en situation de « délaissement » de la personne.

L'axe prioritaire de l'action de la CPAM du Val-de-Marne consiste à modifier les comportements alimentaires des personnes en situation de vulnérabilité sociale. Il s'agit de développer le savoir-faire alimentaire, de mieux organiser le temps disponible et d'apprendre à bien choisir les produits en fonction des prix.

À l'intention des personnes en situation de précarité, il faut donc développer la distribution des fruits et légumes, mettre en place des ateliers de nutrition-cuisine et des épiceries sociales, diffuser des fiches-cuisines, organiser des entretiens individuels avec des psychologues pour aider la personne à reconstruire une identité et retrouver une dignité sociale. Pour cela, il faut s'appuyer sur des partenariats locaux entre les collectivités territoriales, les associations et la grande distribution.

Le département du Val-de-Marne a la chance de posséder sur son territoire le marché d'intérêt national (MIN) de Rungis qui est le plus important des 18 MIN de France. La présence du MIN de Rungis a notamment permis de mettre en place une distribution

d'aide alimentaire en fruits et légumes dont bénéficient 10 000 personnes, alors que le département compte 80 000 bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU).

Face à la crise nutritionnelle qui s'amplifie et si l'on veut faire de la lutte contre le surpoids et l'obésité une priorité, en particulier en ce qui concerne les personnes en situation de précarité, il faut prévoir des financements pérennes, voire une enveloppe dédiée. Le financement de la prévention en santé ne doit plus être précaire. Il faut investir dans la prévention en « dépensant plus pour dépenser moins ».

La CPAM du Val-de-Marne finance 25 actions relatives à la nutrition. La grande difficulté est d'optimiser ces financements.

Il serait souhaitable d'assurer le financement des rémunérations des psychologues et des diététiciens qui prennent charge des patients. Il faudrait aussi que les éducateurs médico-sportifs soient dotés d'un statut d'enseignant en activité physique adaptée et soient intégrés dans les réseaux de prise en charge des personnes en surpoids.

Il serait aussi utile de revoir la fongibilité de la dotation régionale de développement des réseaux (DRDR) afin d'éviter la dispersion des financements et de permettre une meilleure sélectivité des actions à financer.

Il faut faire de la lutte contre l'obésité une priorité nationale, prévoir des incitations plus énergiques et mieux coordonner l'ensemble des actions aujourd'hui encore trop parcellisées. Il serait également utile que la HAS établisse des recommandations concernant la prise en charge de l'obésité.

Mais eu égard à la multiplicité des plans d'action – trop nombreux – mis en place et dont le « service après-vente » est souvent mal assuré, il n'est pas souhaitable de mettre en place un nouveau plan sur ce thème. Il serait en revanche utile que des référents soient identifiés chez les différents acteurs.

*

Réunion du 18 juin 2008, 11 h 00

Audition de M. Laurent Ortalda, responsable du pôle petite enfance à la direction des politiques familiales et sociales de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF), Mme Elisabeth Dubecq-Princeteau, directrice de la Caisse d'allocations familiales (CAF) de l'Anjou, et Mme Christine Koehler, chargée de mission.

Synthèse de l'audition

1. CAF de l'Anjou

En raison du mouvement de libération de la femme, il y a eu une rupture dans la transmission familiale de l'allaitement maternel. Toutefois, en France, notamment, on constate, dans la période récente, un développement de l'allaitement maternel. Mais l'allaitement maternel reste particulièrement faible dans les populations en situation de précarité, notamment issues de l'immigration où l'allaitement avec du lait industriel est considéré comme un facteur d'intégration sociale.

Pourtant, il est désormais clairement établi que l'allaitement maternel a un effet positif, mais limité, dans la prévention contre l'obésité. Une étude de l'organisation mondiale de la santé (OMS) publiée en 2007 montre que la courbe de poids est la même pour les enfants qui ont été allaités. Les bébés qui n'auraient pas bénéficié de l'allaitement maternel seraient plus grands et plus corpulents durant les deux premières années, les mesures se rejoignant ensuite.

L'allaitement maternel à la demande permet au bébé d'apprendre à autoréguler sa demande alimentaire. Cet apprentissage précoce contribuerait à éviter l'obésité. Même si l'on ne peut tout attendre de l'allaitement maternel, il serait néanmoins souhaitable de le développer encore et de prolonger la durée de l'allaitement à l'ensemble de la première année de l'enfant.

Dans les pays nordiques, en raison d'une politique volontariste, l'allaitement maternel est particulièrement développé. On observe dans ces pays des taux d'allaitement maternel de 90 % pendant la première année. Le congé maternité est plus long qu'en France. Cela favorise l'allaitement maternel prolongé, même si le congé d'un an peut être partagé entre la mère et le père. En France, le congé maternité est plus court et on constate une chute de l'allaitement maternel à la fin du congé maternité. L'allongement du congé maternité favoriserait donc probablement le développement de l'allaitement maternel.

L'obésité résulte à 95 % de facteurs comportementaux. La part des facteurs endocriniens est très faible. Une étude réalisée aux États-Unis conclut que 20 % de l'obésité serait due à l'absence d'allaitement maternel.

Il pourrait être envisagé d'interdire la fourniture gratuite de biberons et d'échantillons de lait maternisé à la naissance. Il serait aussi souhaitable de mieux appliquer la charte de l'OMS « hôpital ami des bébés ». Cette charte prévoit dix mesures spécifiques visant notamment à promouvoir l'allaitement maternel. La France est en retard dans ce domaine ; seulement cinq hôpitaux ont adhéré à la charte. Il serait également souhaitable de prévoir un accompagnement des femmes pour favoriser le maintien de l'allaitement maternel

au moment de la reprise du travail après le congé maternité, de lever les résistances à l'utilisation du lait tiré le matin avant la prise en charge de l'enfant en crèche (renforcement de l'agrément) et de veiller au respect de la pause allaitement prévue par le code du travail. Des dispositions pourraient être intégrées à cet effet dans la charte de la parentalité. Il serait également utile d'améliorer la formation nutritionnelle des assistantes maternelles et de les inciter à utiliser les fruits et légumes dans les repas destinés aux enfants gardés. Elles pourraient aussi jouer un rôle plus important de sensibilisation à la nutrition des familles des enfants accueillis.

2. CNAF

La lutte contre l'obésité n'est pas une priorité d'action affichée de la Caisse nationale d'allocations familiales ni de son action sociale. Mais les 123 caisses d'allocations familiales, qui jouissent d'une certaine autonomie, peuvent mener des actions spécifiques sous leur propre responsabilité. La CNAF ne recense pas systématiquement ces actions et n'a donc pas de connaissance précise des politiques de chacune des caisses locales dans ce domaine. Cependant, les quelque mille conseillères en économie sociale et familiale participent à des actions d'amélioration de l'équilibre alimentaire. Les CAF agissent notamment dans le secteur de la petite enfance, dans les écoles maternelles, pour apprendre aux enfants à composer un « bon » petit-déjeuner équilibré et à acquérir un bon comportement alimentaire, et dans les quartiers sensibles. Les CAF organisent aussi des semaines du goût permettant de promouvoir des messages nutritionnels.

Il pourrait être envisagé de fixer des directives précises à la CNAF en matière d'éducation et de sensibilisation à la nutrition.

*

Réunion du 25 juin 2008, 10 h 00

Audition de Mme Dominique Baelde, chargée de mission à la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) au ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi, membre du groupe de travail permanent agroalimentaire et nutrition du Conseil national de la consommation (CNC).

Synthèse de l'audition

En raison d'une rupture dans la transmission culturelle et familiale, de nombreux Français manquent aujourd'hui de repères nutritionnels. Le déficit en éducation nutritionnelle est particulièrement marqué chez les personnes en situation de précarité. Il y a aussi dans certains ménages un déficit en ustensiles de cuisine. Par ailleurs, les consommateurs sont parfois désemparés face à la multitude de l'offre alimentaire.

On dénombre 600 000 personnes touchées par une obésité massive (IMC supérieur à 40). L'obésité est due aussi à une insuffisance d'activité physique. On dépense le quart des calories dépensées il y a un siècle alors que la nourriture consommée est plus grasse qu'avant. L'activité physique et donc la dépense énergétique étaient beaucoup plus importantes il y a 100 ans. Ces changements résultent d'évolutions dans les habitudes de vie (transports motorisés, télévision...).

Les améliorations en matière de nutrition ne peuvent seulement résulter de la modification de la réglementation. Il faut faire participer tous les acteurs économiques à la politique de lutte contre le surpoids, car c'est un problème de société.

L'amélioration des produits transformés est notamment un levier puissant. Dans ce but, dans le cadre de l'application du PNNS 2, un observatoire de la qualité de l'alimentation (OQA) vient d'être mis en place, pour trois ans, à titre expérimental. Il réunit l'ensemble des administrations (DGS, DGA, AFSSA, INRA, CNC, DGCCRF...) et des autres acteurs concernés (industriels, associations de consommateurs...). Il est piloté par la direction générale de la santé et a pour objet d'assurer le suivi, d'évaluer et d'améliorer la qualité nutritionnelle des produits alimentaires transformés. L'État peut aussi jouer un rôle moteur dans ce domaine.

L'action sur l'environnement peut aussi être utile (développement des déplacements en vélo, de la marche à pieds et du sport).

L'amélioration de l'information des consommateurs sur les produits alimentaires, notamment au moyen d'un renforcement de l'étiquetage nutritionnel, peut favoriser l'orientation du consommateur vers le meilleur choix nutritionnel.

Depuis la fin des années 90, les institutions européennes travaillent sur l'étiquetage nutritionnel et les allégations nutritionnelles figurant sur les produits. Par ailleurs, le livre blanc de la Commission européenne, intitulé « une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité » prône une stratégie de lutte contre la surcharge pondérale axée sur le partenariat associant tous les acteurs concernés.

Ce document a aussi insisté sur l'importance de l'amélioration de l'information nutritionnelle des consommateurs. Une première directive a été prise en 1989 avec pour

objectif d'harmoniser, au niveau européen, l'étiquetage des produits alimentaires transformés. Un nouveau règlement sur l'étiquetage et les allégations nutritionnelles est en préparation qui devrait aboutir avant la fin de l'année 2008. Il est notamment prévu de faire figurer sur la face avant des emballages des informations nutritionnelles simples permettant de comparer les produits entre eux. L'étiquetage nutritionnel complétera l'étiquetage concernant la composition des produits. Un registre communautaire répertoriant les allégations autorisées ou non sera établi. Cela devrait conduire les professionnels à faire des efforts en matière nutritionnelle.

En matière de normes à respecter par les cantines scolaires, il est envisagé de donner une force contraignante aux prescriptions nutritionnelles actuellement fixées par voie de circulaire. Mais se pose la question de l'applicabilité et du coût de l'application de ces normes par les collectivités territoriales. Se pose aussi la question de la sanction des élus en cas de non-respect de ces prescriptions. Faut-il prévoir une sanction à caractère pénal ou préférer une démarche positive d'attribution d'un label PNNS de qualité nutritionnelle ?

*

Réunion du 25 juin 2008, 11 h 00

Audition de M. Dominique Turck, professeur à l'Hôpital Jeanne de Flandre et à la Faculté de médecine de Lille, président du comité de nutrition de la Société française de pédiatrie (SFP), Mme Marie-Laure Frelut, pédiatre attachée au service endocrinologie pédiatrique de l'Hôpital Saint-Vincent de Paul de Paris, M. Michel Vidailhet, professeur, chef du service de médecine infantile 3 et de génétique clinique au CHU de Nancy, et M. Olivier Goulet, professeur, chef du service gastro-entérologie-hépatologie et nutrition pédiatriques à l'Hôpital Necker de Paris, membre du bureau de la Société française de pédiatrie.

Synthèse de l'audition

La Société française de pédiatrie (SFP) regroupe près de 5 000 pédiatres. Le comité nutrition de la SFP existe depuis quarante ans.

L'obésité est une « cicatrice » de santé. Les enfants obèses ont un fort risque d'être aussi obèses à l'âge adulte. En supposant qu'ils sortent de l'obésité, la cicatrice peut se rouvrir 30 à 40 ans plus tard.

C'est aussi une « bombe à retardement » susceptible d'entraîner des coûts de prise en charge très élevés pour l'assurance maladie.

Compte tenu de la complexité de l'obésité et de la multiplicité de ses causes (génétiques, nutritionnelles, psychosociales...), la lutte contre l'obésité doit faire l'objet d'une approche globale mais qui ne stigmatise et ne culpabilise pas les personnes concernées.

Une personne est pesée au moins six fois dans sa vie : à la naissance, dans le cadre de la protection maternelle et infantile (PMI), deux fois à l'école, par la médecine universitaire et la médecine du travail. Cependant, il serait souhaitable que les pédiatres effectuent systématiquement les mesures de poids et de taille des enfants et les reportent sur le carnet de santé. Il est aussi nécessaire d'assurer le partage des informations entre les professionnels de santé. Les informations en santé, et notamment celles concernant la surcharge pondérale, ne sont pas mutualisées, en raison du cloisonnement entre la médecine scolaire, la PMI, les pédiatres et les généralistes de ville. Il serait souhaitable de remédier à cette situation en systématisant le suivi de la courbe de poids et en assurant une meilleure coordination des différents professionnels de santé.

On peut aussi souligner le problème que pose, au-delà de la question des effectifs, la disjonction du pilotage des médecins scolaires et des infirmiers scolaires. En outre, le suivi de la santé des enfants que doit assurer la PMI s'arrête à 6 ans, précisément à l'âge où il convient d'être très vigilant au « rebond d'adiposité » qui est un signe de risque d'obésité. On observe d'ailleurs une tendance à un rebond d'adiposité plus précoce.

Il faudrait également renforcer la sensibilisation de l'ensemble des acteurs de santé à la lutte contre l'obésité ainsi que la formation initiale et continue des médecins en ce qui concerne la prise en charge de l'obésité qui est considérée comme un sujet peu noble et mal valorisé. Mais il faudrait au préalable que l'obligation de formation professionnelle continue des médecins soit mieux respectée.

Il faut revenir au principe simple : un chiffre, un diagnostic, une action. Il faut en effet assurer un dépistage le plus précoce possible et agir avant même que le problème devienne visible.

Il faut être tout particulièrement vigilant, s'agissant des populations à risque, afin d'agir sur la transmission du modèle alimentaire. Il faut notamment surveiller deux catégories de bébés à risque :

– d'une part, les bébés qui pèsent à la naissance moins de 2,5 kg qui ont connu un retard de croissance intra-utérin et qui risquent de ne jamais s'arrêter de récupérer ce retard ;

– d'autre part, ceux qui pèsent plus de 4 kg à la naissance et dont le tissu adipeux est propice au développement de l'obésité, de l'hypertension, du diabète de type 2 ou d'une dyslipidémie.

Le dépistage des bébés à risque devrait être effectué dès la naissance. L'hôpital Necker, à Paris, a mis en place un programme de dépistage très précoce, à la naissance.

Diverses études montrent que l'allaitement maternel diminue le risque d'obésité. Un guide de l'INPES est consacré à ce sujet. La France a commencé de rattraper son retard dans ce domaine mais elle reste en deçà des taux d'allaitement maternel constatés dans les pays nordiques où plus de 90 % des bébés en bénéficient au moins pendant les six premiers mois de leur existence et souvent même au-delà (80 % en Norvège). Il n'y a d'ailleurs pas de biberons mis à disposition dans les crèches dans ces pays. L'action volontariste conduite dans ces pays pour développer l'allaitement maternel a donné des résultats puisque le taux d'allaitement maternel est passé de 30 % à 90 % en quarante ans. Actuellement, en France, 65 % des bébés bénéficient de l'allaitement maternel à la sortie de la maternité et pendant les dix premières semaines et 80 % des femmes souhaiteraient pouvoir poursuivre l'allaitement maternel plus longtemps. Des salles d'allaitement pourraient notamment être aménagées dans les entreprises. L'envoi d'un signal fort par les pouvoirs publics pour le développement de l'allaitement maternel serait, dans le respect du libre choix des mères, souhaitable. On peut à cet égard regretter que sur les 800 maternités qui existent en France, seulement cinq soient labellisées « hôpital ami des bébés », selon la charte de l'OMS. L'université de médecine de Lille a mis en place un module de 120 heures de formation à l'allaitement maternel. Cette formation connaît un grand succès. Il est par ailleurs regrettable que la formation complémentaire en pédiatrie des généralistes soit mal valorisée.

Dans les pays scandinaves, il n'y a pas de programme de santé publique spécifique consacré à la lutte contre l'obésité, comme le PNNS mis en place en France. Il est traditionnellement considéré que la recherche d'un meilleur équilibre nutritionnel fait partie des missions normales des médecins. Toutefois, la Suède semble désormais ressentir la nécessité d'une action ciblée sur ce thème.

En matière de collation du matin à l'école, les prescriptions de l'AFSSA sont claires : elle doit être évitée. Il est par ailleurs souhaitable de maintenir l'interdiction des distributeurs de friandises dans les établissements scolaires. En revanche, il serait utile de généraliser les fontaines d'eau potable et les distributeurs de fruits frais. L'éducation nutritionnelle devrait être aussi intégrée dans les programmes scolaires notamment afin de revenir aux aliments de base et aux vraies valeurs nutritionnelles.

Le système de soins devrait être adapté de manière à assurer un continuum des soins. Les services ou centres de soins de suite et de réadaptation devraient pouvoir assurer des prises en charge de durée brève, d'un jour à quelques jours.

Plus globalement, il faut agir sur les causes de l'obésité et montrer à la population et aux personnes prises en charge pour un problème de surcharge pondérale le sens de l'action entreprise et maintenir l'effort de sensibilisation concernant le style de vie.

*

Réunion du 1^{er} juillet 2008, 15 h 00

Audition de M. Roland Levy et M. Benjamin Houta, membres du conseil de l'Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France, M. Pierre Levy, secrétaire général de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), M. Yves Rigal, membre du bureau national de la Fédération des médecins de France (FMF), M. Pierre-Marie Desombre, délégué régional (région Centre) de MG France, M. Roger Rua, secrétaire général du Syndicat des médecins libéraux (SML), et M. Vincent Boucher, médecin nutritionniste, président de la Fédération nationale des associations médicales de nutrition (FNAMN).

Synthèse de l'audition

1. Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)

L'avenant n° 12 à la convention des médecins généralistes a prévu la mise en place d'une consultation de prévention. Par ailleurs, les partenaires sociaux avaient inclus dans la convention le thème de la prévention de l'obésité et de la lutte contre les maladies cardiovasculaires. Mais, comme souvent, on n'a pas véritablement donné leur chance à ces nouvelles mesures de se concrétiser et la nomenclature ne prévoit toujours pas de tarif pour ces actes de prévention. Or, à l'instar de ce qu'a prévu l'avenant n° 23 en fixant une rémunération spécifique pour les patients en affection de longue durée, les actes de prévention accomplis par les praticiens devraient aussi faire l'objet d'une rémunération.

En outre, la prévention suppose un suivi et une prise en charge transversale assurée par l'ensemble des professionnels de santé. Le dossier médical personnel (DMP) pourrait être un moyen utile pour développer la prévention mais force est de rappeler qu'il n'est pas encore mis en place. La CSMF propose de développer un DMP professionnel.

Le développement de la prévention suppose aussi de sensibiliser tous les professionnels de santé sur ce thème et d'améliorer les formations initiale et continue des praticiens en matière de dépistage, d'éducation thérapeutique et d'organisations des réseaux de soins. Les collectivités territoriales pourraient aussi être associées aux politiques de prévention, notamment dans le cadre des maisons pluridisciplinaires de santé. Les États généraux de l'organisation des soins (EGOS) ont néanmoins insisté sur l'intérêt qu'il y aurait à mieux utiliser les outils actuellement disponibles avant de mettre en place de nouveaux dispositifs.

Par ailleurs, la CSMF préconise de limiter les distributeurs de boissons sucrées, de lutter contre la sédentarité et de développer l'activité physique, des moyens logistiques et financiers renforcés, ainsi qu'une meilleure formation des personnels des cantines scolaires.

2. Conseil de l'alliance intersyndicale des médecins indépendants de France

La France est confrontée au raz-de-marée du surpoids et de l'obésité. Il faut s'interroger sur l'échec des mesures d'urgence et passer à l'acte de manière plus déterminée et organisée.

La prévention de l'obésité suppose de promouvoir l'activité physique en l'intégrant mieux dans la vie scolaire et quotidienne. Il faut réduire les apports en gras et sucres, développer l'éducation nutritionnelle dans l'enseignement primaire et au collège avec l'aide

de l'INPES. Il faut cibler les régions où la prévalence de la surcharge pondérale est plus élevée que la moyenne ainsi que les jeunes issus des quartiers défavorisés.

Cela suppose aussi d'établir des codes de bonnes pratiques en matière de communication nutritionnelle et de lutter contre les publicités trompeuses, de retirer les confiseries des caisses des supermarchés et de développer l'étiquetage nutritionnel.

Il faut également mieux surveiller le rebond d'adiposité précoce, mieux accompagner les problèmes psychologiques qui peuvent résulter des événements douloureux de la vie et améliorer l'information sur le risque de diabète lié à une prise de poids excessive. L'organisation du recours au système de soins doit être améliorée et rendue plus cohérente, notamment dans les établissements relevant du service public hospitalier. Des consultations de prévention de l'obésité devraient être mises en place pour les personnes défavorisées, notamment pour les enfants durant le cours préparatoire. Mais la consultation de dépistage et de prévention, en ce qu'elle peut nécessiter des explications, est chronophage.

En outre, l'obésité massive (IMC supérieur à 40) devrait être considérée comme une affection de longue durée. Enfin, il faudrait être particulièrement attentif et organiser le système de soins en conséquence pour les cas d'obésité persistante et de résistance aux traitements.

3. MG France

L'obésité est un problème massif qui touche près de 20 millions de Français. C'est un problème courant qui doit faire l'objet d'une prévention globale et d'une prise en charge de premier recours qui incombe d'abord aux médecins. Mais la lutte contre le surpoids nécessite la mobilisation de tous les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux.

La consultation de prévention qu'il faut mettre en place doit faire l'objet d'une rémunération forfaitaire du médecin.

Il faut mieux veiller au rebond d'adiposité chez les enfants et anticiper la surveillance puisque les enfants sont en général plus gros et plus grands dès 5 ans et que, pour certains enfants le rebond d'adiposité se manifeste dès 3 ans. L'adiposité devrait être mesurée tous les 6 mois à partir de trois ans.

Il faut aussi aider les patients en surcharge pondérale, auxquels les médecins fixent souvent un objectif de diminution de leur poids de 10 %.

À cet effet, il pourrait être davantage recouru aux travaux du collègue général des généralistes enseignants concernant les outils efficaces et développer des logiciels d'aide à la prévention adossés au logiciel métier des praticiens. Par ailleurs, il semble préférable de s'appuyer sur les professionnels organisés en équipes (médecins généralistes, diététiciens, professeurs d'éducation physique et sportive...) plutôt que sur des réseaux de santé et de développer une forme de coaching des patients qui pourrait prendre la forme d'un contrat d'objectifs et d'efficacité.

4. Fédération des médecins de France (FMF)

L'obésité représente des coûts humains très importants. En conséquence, la prévention de l'obésité doit être une priorité de santé publique. Il faut mettre en place un plan similaire au plan cancer avec une mise en réseau de tous les acteurs (politiques, médias, collectivités territoriales, caisses d'assurance maladie, directions des affaires sanitaires et

sociales, médecins, médecins scolaires, enseignants, professeurs d'éducation physique, psychologues, établissements hospitaliers...) et une mise en commun de toutes les expériences. Dans ce but, il faut décloisonner, mieux impliquer les médecins libéraux dans la prévention qui est une mission de service public et instituer une instance de coordination efficace.

Si l'on veut développer la prévention qui génère, au moins dans un premier temps, des coûts supplémentaires, il faut, à l'instar de ce qui a été fait pour la grippe aviaire, sortir le financement de la prévention de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Il faut par ailleurs, se méfier de l'application de la logique du bonus-malus à la rémunération des médecins.

Il faut mettre en place une pédagogie interactive pour développer l'activité physique chez les enfants tout en déléguant cette tâche aux enseignants. Le problème est que le nombre d'heures d'activité physique à l'école a diminué fortement ; il n'y a plus que deux heures d'EPS au lycée.

5. Syndicat des médecins libéraux (SML)

L'obésité est une maladie sociétale, environnementale et comportementale. L'environnement crée le trouble comportemental. Les enquêtes montrent que 70 % des personnes se sentent concernées par l'hygiène de vie alimentaire mais que seulement 14 % d'entre elles appliquent les conseils d'hygiène nutritionnelle.

La lutte contre l'obésité doit être une priorité absolue de santé publique. L'obésité provoque des dégâts qui sont pires que ceux qui peuvent résulter d'une guerre ou du tabac et met en cause notre système de santé. La lutte contre l'obésité est un problème dix fois plus important que la lutte contre le tabagisme et les résultats obtenus par le PNNS sont décevants.

La lutte contre l'obésité doit, à l'instar de la lutte contre le cancer ou la maladie d'Alzheimer, être une grande cause nationale qui doit entraîner la mise en place d'un Plan national de prévention contre l'obésité.

Pour améliorer la prévention et le dépistage, il faut davantage de moyens techniques et financiers. Le dépistage, pourtant facile, est mal effectué et la prise en charge n'est souvent pas à la hauteur. La prévention de l'obésité se fait à l'école et avec les parents. Il faut prendre en charge l'enfant dès la détection du problème. La lutte contre l'obésité nécessite des moyens beaucoup plus importants que la lutte contre le tabagisme.

Les médecins sont disposés à agir pour lutter contre l'obésité. La consultation de prévention qu'il faut mettre en place et qui serait un acte à haute « valeur médicale ajoutée » devrait être rémunérée 50 euros. Par ailleurs, la lutte contre l'obésité devrait être un thème prioritaire de formation continue des médecins.

À l'instar de la Haute Autorité de santé, une Haute autorité de lutte contre l'obésité, à vocation pluridisciplinaire et disposant de relais locaux, pourrait être créée afin de définir et piloter le programme national nutrition santé (PNNS) de manière externe. Il faut aussi agir de manière prioritaire sur l'environnement obésogène en mettant en place une meilleure communication nutritionnelle et en promouvant l'activité physique. Il faut aussi développer la recherche sur l'obésité.

Réunion du 1^{er} juillet 2008, 16 h 00

Audition de Mme Marie-France Wittmann, conseillère technique à la Fédération hospitalière de France (FHF), et M. Arnaud Basdevant, chef du service nutrition à l'hôpital Pitié-Salpêtrière, Mme Hélène Logerot, conseiller médical à la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), et Mme Catherine Naret, chef du service endocrinologie à la clinique médicale et pédagogique Édouard Rist de la Fondation santé des étudiants, Mme Florence Carriot, présidente de la commission santé publique de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), et M. Philippe Meyer, membre de la commission santé publique, M. Frédéric Sanguignol, membre de la commission santé publique, et Mme Mélanie Belsky, responsable des relations institutionnelles.

Synthèse de l'audition

1. Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

Le patient obèse doit être pris en charge par une équipe pluridisciplinaire. C'est une des conditions du succès du traitement. On estime en effet qu'une personne obèse qui effectue un régime seule, sans accompagnement, a 5 % de chance de réussir à perdre du poids durablement alors qu'une personne accompagnée aurait 75 % de chance de réussite à long terme.

Les nouvelles dispositions réglementaires concernant les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) devraient permettre à des SSR spécialisés dans la prise en charge des personnes obèses de jouer un rôle essentiel dans la prise en charge, notamment, des personnes présentant une obésité morbide avec complications.

Des expériences intéressantes ont été menées. En Israël, on pratique le monitoring à distance. Ce système a démontré son efficacité pour le suivi du poids en médecine de ville, notamment après la sortie d'un SSR. Mais l'obésité ne repose pas sur la seule perte de poids. À La Rochelle, un système de parrainage par des anciens obèses, intitulé « Atlantique gastro-club » a été mis en place. Dans certains SROS de troisième génération, des programmes innovants associant la démarche thérapeutique, notamment au moyen d'un suivi en hôpital de jour, la rééducation nutritionnelle et l'accompagnement psychologique, ont été définis.

L'éducation nutritionnelle devrait être reconnue comme un soin et faire l'objet d'une tarification, en conséquence. Sans cela, elle ne pourra être développée. L'efficacité médicale et financière de l'éducation thérapeutique a été démontrée, notamment par le réseau obésité mis en place à Toulouse avec la Caisse régionale d'assurance maladie de Midi-Pyrénées.

Par ailleurs, il serait souhaitable de mettre en place dans toute la France, un réseau d'établissements centres de référence pour la prise en charge de l'obésité.

2. Fédération hospitalière de France (FHF)

L'obésité est une maladie chronique évolutive. La fréquence et la durée de l'obésité augmentent. La médecine de l'obèse ne se limite pas à faire maigrir mais aussi à faire de la médecine. Le traitement de l'obésité prend la forme d'actions visant à modifier les

comportements de la personne obèse et d'actes médicaux, le cas échéant en recourant à la chirurgie. Or, actuellement, le médecin de ville est quasi-absent du parcours de santé et de soins des personnes obèses. Celles-ci sont mal considérées par les médecins de ville et elles manquent de visibilité sur l'offre de prévention et de soins les concernant. L'éducation thérapeutique n'est pas financée ou très peu par les MIGAC. Or, il ne faut pas opposer prévention et traitement. Ce n'est que dans trente ans que l'on pourra mesurer les bénéfices procurés par la prévention et l'éducation thérapeutique.

À la différence de ce qui a été fait pour ce qui concerne la lutte contre le cancer, la prise en charge de la maladie d'Alzheimer ou les soins palliatifs, il faut regretter le manque de coordination en matière de lutte contre l'obésité. Il y a lieu de constituer une véritable filière coordonnée pour la prise en charge de l'obésité associant l'hôpital et la médecine de ville.

Il faut :

- rendre lisible le parcours de soins pour les personnes obèses, notamment au moyen d'Internet ;
- coordonner l'offre de soins ;
- adapter les services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) et les SSR à la prise en charge des patients obèses ; en modifier les conditions d'accueil et de soins en établissements hospitaliers et les équipements ;
- adapter 12 % des lits, 12 % des patients accueillis à l'hôpital étant obèses ;
- créer des centres régionaux de référence labellisés pour la prise en charge des personnes présentant une obésité massive (1 % des Français présentent une obésité massive, 1 500 personnes sont opérées chaque mois pour obésité et 120 000 personnes l'ont été déjà) ;
- équiper 1 % des lits de MCO, SSR, SLD (soins de longue durée) ;
- prévoir la prise en compte de l'obésité dans les systèmes d'information hospitaliers (La version 11 de la T2A ne prévoit pas la prise en compte de l'obésité comme facteur de comorbidité) ;
- valoriser l'éducation thérapeutique dans le cadre de la T2A ;
- adapter les moyens de transports médicalisés pour les personnes obèses ;
- adapter les appareils d'imagerie médicale (IRM, Scanner...) ;
- redéfinir la place des SSR dans le parcours de soins des personnes obèses, l'inadaptation de certains SSR pouvant se traduire par des séjours inefficaces ;
- veiller à la prise en charge adaptée de chaque personne obèse par les services de MCO, de SSR ou de SLD, certaines se voyant opposer un refus de soins.

3. Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)

L'obésité est une pathologie médico-sociale chronique qui doit, en conséquence, faire l'objet d'une prise en charge médico-sociale.

La prévention de l'obésité passe en priorité par une action en direction des préadolescents et des adolescents ainsi que leur famille.

Par ailleurs, il faut que la prise en charge de l'obésité soit considérée comme un soin et que les SSR s'inscrivent clairement dans le parcours de soins des personnes obèses.

*

Réunion du 1^{er} juillet 2008, 17 h 00

Audition de M. René-Paul Savary, président du conseil général de la Marne, président de la commission insertion et cohésion sociale de l'Association des départements de France (ADF), Mme Isabelle Maincion, maire de la Ville-aux-Clercs, membre du comité de pilotage du programme national nutrition santé 2006-2010, représentant l'Association des maires de France (AMF), Mme Françoise Tenenbaum, vice-présidente du conseil régional de Bourgogne, membre de la commission santé de l'Association des régions de France (ARF).

Synthèse de l'audition

1. L'Association des maires de France

L'obésité est un problème médical mais elle est aussi un problème sociétal et environnemental. Le PNNS est une base de référence simple et accessible pour les élus locaux.

Pour tenter de remédier à l'obésité, il faut notamment promouvoir l'activité physique grâce la mise en place de programmes favorisant la marche à pieds et les « liaisons douces » tels que « pédibus » en zones urbaines et les « vélos-bus » en milieu rural. Ces programmes sont facteurs de liens sociaux. Les moyens de transport scolaire devraient être réservés à des trajets de plus de 1 km. Toutefois, la question de la sécurité des déplacements des enfants peut compliquer la mise en place de tels dispositifs, notamment en milieu urbain. Des programmes pédibus ont été mis en place dans de nombreuses villes : Brest, Besançon, Lorient, Paris...

Le partage de vélos devrait aussi être développé. Les enseignants ont beaucoup travaillé avec les enfants à propos du vélo. Des journées vélos sont organisées dans les écoles. Certaines communes ont élaboré des plans de déplacements urbains favorisant les déplacements à bicyclette et ont mis des vélos à disposition des salariés des entreprises. Beaucoup de villes souhaitent la mise en place de systèmes de partage de vélos comme Vélib à Paris. Cela correspond à une demande de la population que les pouvoirs publics n'ont pas anticipée.

La commune de Dijon a fait construire de nombreux terrains de sport qui permettent à la population – les jeunes comme les personnes âgées – de se dépenser.

2. L'Association des régions de France

En région Bourgogne, la première priorité en matière de prévention concerne la nutrition.

La commune de Dijon participe à la mise en œuvre du PNNS 2 et organise de nombreuses actions sur le thème de la nutrition autour de l'idée de parcours nutritionnel. Elle organise des petits-déjeuners gratuits dans les écoles en présence des parents. Elle propose des ateliers cuisine aux populations défavorisées, en rupture culturelle, et des conseils en nutrition. Avec l'aide des médecins, des ateliers cuisine et des actions d'éducation thérapeutique sont spécialement dédiés aux personnes diabétiques. Ces dispositifs, qui connaissent un réel succès, en particulier dans les quartiers en difficulté et auprès de jeunes

qui ne savent plus cuisiner, mériteraient d'être développés au plan national pour permettre l'acquisition de repères nutritionnels.

Par ailleurs, beaucoup de collectivités territoriales ont, en application de l'Agenda 21 issu de la conférence de Rio en 1992, pris d'autres initiatives concernant la nutrition qui visent à renforcer le lien social et vont dans le sens du développement durable. Ainsi, des actions sont menées pour promouvoir les produits bio. Des campagnes sur l'environnement et les produits bio sont organisées dans les écoles et les collèges.

La région Bourgogne mène aussi des actions en partenariat avec Vitagora qui est un pôle de compétitivité et d'innovation agroalimentaire labellisé, dédié au goût, à la nutrition et à la santé en Bourgogne et en Franche-Comté.

En outre, des recherches sont effectuées sur les déterminants du goût du gras et les comportements des consommateurs en cas de diminution du gras et du sel dans les aliments. Il est ainsi proposé des aliments moins sucrés et moins salés (par exemple, comparaison de la consommation de frites et de pommes de terre à l'eau) aux enfants et on observe s'ils apprécient ou non ces aliments à la crèche et à la maternelle.

En réalité, il n'est pas compliqué de composer des repas équilibrés, notamment dans les cantines scolaires. Une clause nutritionnelle pourrait être systématiquement prévue dans les cahiers des charges des appels d'offres de restauration scolaire. Il est d'ores et déjà possible de demander que les cahiers des charges respectent le PNNS. À Dijon, un comité de coordination a été mis en place pour proposer un repas « bio » par semaine dans les cantines scolaires. Cela peut contribuer à la lutte contre l'obésité.

Il faut par ailleurs éviter que l'industrie du sucre ne s'approprie la semaine du goût et éduquer les enfants dans les écoles à manger des aliments non sucrés.

Il a fallu beaucoup de temps pour parvenir à la suppression de la collation matinale à l'école. Mais il a parfois suffi de parler aux enfants de la nécessité de prendre un petit-déjeuner le matin avant de partir à l'école.

3. L'Association des départements de France

Pour lutter contre l'obésité et améliorer l'équilibre nutritionnel, L'ADF préconise différentes mesures :

- encourager les filières de distribution courtes et la consommation de produits de proximité, bio et du terroir ;

- réglementer plus strictement la publicité et la distribution des produits à forte teneur en gras, sel et sucre ;

- réduire les repas dans les *fast-foods* et éviter les maxi menus et primes à la consommation de ces produits ; l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé constate que nombre de *fast-foods* et de bistros sont implantés à proximité des écoles ; on pourrait interdire l'installation de ces établissements à moins de 300 mètres des écoles afin d'inciter les enfants à manger à la cantine ;

- retirer les confiseries des caisses de supermarchés et des salles de cinéma ;

- améliorer la formation nutritionnelle des personnels de PMI ;

– renforcer la formation des personnels de cantines scolaires dans le cadre des schémas de formation professionnelle régionaux ;

– renforcer le lien entre la cantine et les activités périscolaires pour inciter à rester à la cantine ;

– développer l'éducation à la santé et la citoyenneté à l'école dans le cadre du projet d'établissement ainsi que des ateliers d'éducation thérapeutique et des écoles du goût pour les enfants et les adolescents ;

– définir des normes plus strictes pour une restauration scolaire de qualité ;

– prévoir des mesures d'accompagnement pédagogiques pour les enfants en difficulté ;

– développer des ateliers sociaux pour apprendre à gérer un budget et utiliser davantage de produits alimentaires non transformés.

*

Réunion du 1^{er} juillet 2008, 18 h 00

Audition de M. Jean-Michel Borys et Mme Sandrine Raffin, co-directeurs du programme EPODE (Ensemble, prévenons l'obésité des enfants).

Synthèse de l'audition

À la suite de la première expérience de Fleurbaix Laventie Ville Santé mise en œuvre à partir de 1992, le programme « ensemble, prévenons l'obésité des enfants » (EPODE) a été lancé en 2004, initialement dans dix villes françaises : Asnières-sur-Seine, Beauvais, Béziers, Evreux, Meyzieu, Roubaix, Royan, Saint-Jean, Vitry, Thiers qui représentent près de 500 000 habitants. Ces communes se sont engagées à mettre en place des actions concrètes, au plus près de la population, pendant cinq ans, grâce à la mobilisation de l'ensemble des acteurs intéressés de la commune : élus locaux, commerçants, écoles, enseignants, cantines, parents d'élèves, professionnels médicaux et paramédicaux, pharmaciens, maisons de retraite, travailleurs sociaux, associations sportives... De nouvelles villes françaises (16 communes et quatre communautés d'agglomération ou de communes regroupant 136 communes) ont depuis adhéré au programme. La ville de Paris prépare le lancement d'EPODE dans quatre arrondissements pilotes. En outre, depuis 2006, le programme est aussi développé sous des formes adaptées dans d'autres pays européens.

Il s'agit, en mettant en place des actions de prévention primaire, de développer une dynamique globale de prévention. EPODE vise à agir sur les modes de vie et à conduire au passage à l'acte pour la mise en œuvre des préconisations du PNNS. Des actions successives et coordonnées sont ainsi proposées aux communes sur chacun des dix thèmes du PNNS. EPODE s'inscrit dans une logique de marketing social qui vise à gérer les gourmandises et modifier les dynamiques sociales.

EPODE propose une méthodologie qui s'appuie sur les références fixées par le PNNS pour mobiliser les acteurs afin de favoriser un meilleur équilibre alimentaire adapté au mode de vie actuel. La société Protéine, adossée à EPODE, forme les chefs de projets chargés du pilotage, de la mobilisation des acteurs et de l'organisation des actions locales. Tous les trimestres des outils sont fournis (documents d'information pratique, fiches pédagogiques) en fonction des priorités et des actions engagées (mise en avant de certains produits dans les cantines ou les grandes surfaces, développement de l'activité physique, conseils et démonstration de cuisine...). Les actions peuvent être différenciées selon les communes en fonction des besoins et de la mobilisation des acteurs. La mise en place du programme (formation des chefs de projets...) dans la commune nécessite environ une année.

La réussite du programme passe par la mise en réseau des communes au moyen du Club des villes EPODE et la mutualisation des expériences.

Tous les enfants de 5 à 12 ans des communes participant au programme sont pesés et mesurés chaque année dans le cadre de la médecine scolaire. Leur IMC est reporté sur la courbe de corpulence et les résultats sont systématiquement commentés et adressés aux parents. Les parents d'enfants à risque ou en excès de poids sont incités à consulter leur médecin.

Selon les premiers résultats du suivi de la corpulence réalisé dans les villes participant au programme, la prévalence de l'obésité des enfants dans ces villes aurait diminué de moitié. Des résultats plus complets d'évaluation devraient être publiés prochainement.

EPODE repose sur le partenariat public/privé. Cela permet d'être très réactif. De fait, le programme EPODE, pour bien fonctionner, doit reposer sur une volonté politique locale, une forte organisation et coordination locales, un accord scientifique clairement établi sur les axes d'action et sur le partenariat public/privé. Le programme EPODE est financé par les communes (6 000 euros pour l'adhésion et 1,5 à 2 euros par habitant et par an) ainsi que par des entreprises agro-alimentaires, comme Nestlé, Ferrero et Carrefour, et des sociétés d'assurance qui veulent développer la prévention en santé. En participant au financement d'EPODE, les industriels cherchent à améliorer leur image de marque et à évaluer l'impact des actions conduites et de leurs produits sur les consommateurs. Des demandes de financements d'État ont été présentées mais elles n'ont pu jusqu'à présent aboutir. EPODE pourrait bénéficier d'un financement européen de 700 000 euros sur plusieurs années.

La transformation de l'INPES en groupement d'intérêt public (GIP) pourrait lui donner une meilleure réactivité et notamment permettre de diminuer les procédures très lourdes de contrôle scientifique qui allongent exagérément les délais de publication des documents d'information du PNNS.

Il faut aider les consommateurs à prendre en compte l'impact santé de leurs choix alimentaires. Mais il faut aussi développer une communication nutritionnelle positive et compréhensible car, aujourd'hui, les Français préfèrent acheter du matériel électroménager (consoles de jeux, téléphones portables...) et des produits alimentaires demandant moins de préparation plutôt que des aliments de bonne qualité. Par exemple, les Français ne consomment presque plus de choux-fleurs ni d'artichauts. Selon le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC), nombreux sont les enfants qui mangent leur petit-déjeuner en regardant la télévision.

*

Réunion du 7 juillet 2008, 15 h 00

Audition de Mme Nadine Neulat-Billard, chef du bureau de l'action sanitaire et sociale et de la prévention à la sous-direction de la vie scolaire et des établissements au ministère de l'éducation nationale.

Synthèse de l'audition

Le thème de la nutrition est inclus dans les programmes d'enseignement scolaire. Il fait partie du sixième pilier du socle commun des connaissances concernant les compétences sociales et civiques qui traite notamment de l'éducation à la santé.

Ce sujet est un thème d'étude transversale ou de convergence qui peut être abordé en classes primaires et au collège, de manière coordonnée, dans les cours de science et vie de la terre, de physique-chimie, de géographie, de français et d'éducation physique et sportive. Ce sera une des nouveautés de la prochaine rentrée scolaire.

Diverses actions éducatives sur le thème de la santé et de la nutrition sont également menées par les médecins scolaires – qui ne sont pas assez nombreux – et par les infirmières scolaires, avec l'appui des comités d'éducation pour la santé (CODES). Les thèmes de réflexion et d'action sont choisis par chaque établissement scolaire.

Plusieurs textes concernant la nutrition sont appliqués dans les établissements scolaires. On peut notamment signaler :

– la circulaire interministérielle du 25 juin 2001 qui prévoit des normes et formule des recommandations en matière de nutrition dans les cantines scolaires ; comme cette circulaire est mal connue et insuffisamment respectée, il est envisagé de publier prochainement un texte plus contraignant – arrêté ou décret – sur ce sujet ; il faut rappeler qu'à compter du 1er janvier 2005, la compétence en matière d'hébergement et de restauration scolaire en collèges et lycées a été transférée aux départements et aux régions ;

– la circulaire du 3 janvier 2002 relative à la sécurité des aliments ;

Les actions menées par l'Éducation nationale s'inscrivent dans le cadre du PNNS.

L'Éducation nationale demande aussi l'application de la recommandation de l'AFSSA concernant la suppression de la collation du matin à l'école primaire mais aucune évaluation nationale n'a été réalisée sur ce point.

Depuis 2004, l'INPES distribue aux écoles de nombreux outils pédagogiques, documents et brochures d'information du PNNS sur la nutrition. Le site Internet Eduscol du ministère de l'éducation donne des informations sur la nutrition et propose de nombreux liens vers le site de l'INPES. En outre, le nouveau contrat-cadre de l'INPES devrait prévoir un renforcement de la collaboration de l'Institut avec l'Éducation nationale en matière de prévention du surpoids et de l'obésité.

En matière de dépistage du surpoids et de l'obésité, les médecins scolaires commencent à faire le repérage des enfants à risque aux alentours de 5-6 ans. Celui-ci peut

aussi être assuré tout au long de la scolarité dans le cadre du suivi et de l'accompagnement en santé effectué par les infirmières scolaires.

Lorsqu'un enfant est repéré en surpoids, les parents sont informés et décident de la conduite à suivre. Des actions de sensibilisation aux questions de nutrition, de surpoids et d'obésité sont menées auprès des personnels de santé scolaire.

Par ailleurs, depuis la loi de 2007 sur la protection de l'enfance, les enfants doivent bénéficier d'une visite médicale obligatoire et gratuite à 9 ans, 12 ans et 15 ans dans le cadre de la médecine scolaire ou en ville. Compte tenu des effectifs concernés cela n'est pas simple à organiser et pose des problèmes de pilotage et de moyens. Cela va également générer des dépenses non négligeables pour l'assurance maladie. La loi a prévu un délai d'application de six ans (2013). Les médecins scolaires sont en nombre insuffisant (environ 1 600). Ils sont déjà très occupés, notamment par les enfants handicapés accueillis à l'école, et ils ne pourront assurer seuls cette nouvelle mission. En 2007, 40 postes de médecins scolaires ont été créés mais aucun en 2008. La loi sur l'école de 2005 a prévu 1 500 créations de postes d'infirmières à l'horizon 2010. En 2006, 2007 et 2008, la programmation a été tenue puisque 300 postes ont été créés chaque année.

Le Haut conseil de la santé publique préconise d'effectuer un repérage du surpoids à deux âges clé : 6 ans et 12 ans. Il est envisagé, en concertation avec le ministère de la santé et l'assurance maladie, de commencer par cibler les enfants des établissements scolaires situés en zones d'éducation prioritaire ou participant au réseau « ambition réussite ».

Par ailleurs, les distributeurs de confiseries et de boissons sucrées dans les établissements scolaires, qui sont désormais interdits dans l'enceinte des établissements scolaires, ont, en principe, été supprimés, mais aucune enquête nationale n'a été menée sur ce point permettant de le vérifier.

Actuellement, le ministère de l'éducation travaille avec le ministère de l'agriculture sur la mise en place d'un programme « un fruit à la récré » dans 1 000 écoles situées en zones d'éducation prioritaire. Cette opération va débuter en septembre 2008.

Les parents sont représentés dans les conseils d'école et certaines écoles sont, par le biais des décisions des municipalités, impliquées dans la mise en œuvre du programme « Ensemble pour lutter contre l'obésité des enfants » (EPODE).

Le ministère de l'éducation nationale réalise des travaux d'évaluation en partenariat avec la direction de recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé, notamment les enquêtes triennales concernant la corpulence des enfants des classes de CP, CM2 et troisième. Jusqu'à présent, aucune enquête n'a été effectuée sur des cohortes d'enfants. Une première enquête de cohortes, dénommée « Elfe » doit être menée avec l'INSEE, mais les résultats ne seront connus que dans dix ans. L'Éducation nationale va abandonner les études sur échantillon au profit de cette enquête de cohortes qui permettra de vérifier l'efficacité des actions conduites sur des cohortes d'enfants.

Enfin, il faudrait engager des actions pour essayer de réduire « les certificats d'inaptitude au sport » qui semblent parfois délivrés de manière excessive.

Réunion du 7 juillet 2008, 16 h 00

Audition de Mme Marie-Claude Romano, secrétaire générale de l'Association de promotion de la santé scolaire et universitaire (AFPSSU), et Mme Colette Cossart, spécialiste en santé publique, chargée de mission, Mme Brigitte Tastet, médecin conseiller technique du recteur de l'Académie de Créteil, et Mme Francine Hirtz, médecin conseiller technique de l'Inspection académique de Versailles, représentant l'Association des médecins conseillers techniques de l'Éducation nationale (ASCOMED), Mme Isabelle Mulard-Hourton, vice-présidente du Syndicat national autonome des infirmier(e)s en milieu scolaire (SNAIMS-CAT Éducation), infirmière au collège Voltaire à Sannois (95), Mme Elisabeth Raymond, infirmière au lycée professionnel Ampère à Morsang-sur-Orge (91), et Mme Sabrina Marcoux, infirmière au collège à Crécy-sur-Serre (02), Mme Martine Leprêtre, trésorière du Syndicat national autonome des médecins de santé publique de l'Éducation nationale (SNAMSPEN), et Mme Sophie Brunhes-Perez, membre du bureau, Mme Marie-Christine Veneau, secrétaire générale du Syndicat des médecins de l'Éducation nationale (SMEDEN-FO), et Mme Pierrette Salvaing, M. Christian Allemand, secrétaire général du Syndicat national des infirmier(e)s conseiller(e)s de la santé (SNICS-FSU), et Mme Catherine Sanz, secrétaire générale adjointe, Mme Béatrice Tajan, secrétaire générale adjointe du Syndicat national des infirmier(e)s éducateurs de santé (SNIES-UNSA éducation) et Mme Corinne Boulmier, secrétaire nationale, chargée du dossier « obésité », Mme Fabienne Rancinan, secrétaire générale du Syndicat national des médecins scolaires et universitaires (SNMSU-UNSA Éducation), et Mme Annie Lhermine, membre du bureau national.

Synthèse de l'audition

1. Syndicat national des infirmier(e)s éducateurs de santé (SNIES-UNSA Éducation)

En ce qui concerne les problèmes liés à la nutrition, les infirmières scolaires surveillent le rebond d'adiposité, les troubles du comportement alimentaire et les souffrances psychologiques qui en sont la cause ou la conséquence. Elles veillent aussi au respect de la suppression de la collation du matin, de la suppression des distributeurs de confiseries et de boissons sucrées dans les établissements scolaires et à éviter la stigmatisation des enfants en surpoids qui peut déboucher sur des phobies scolaires et sociales. Toutes les informations utiles sont reportées dans le dossier médical scolaire.

2. Association des médecins conseillers techniques de l'Éducation nationale (ASCOMED)

Force est de constater que la prévention de l'obésité ne marche pas en particulier dans les zones défavorisées, notamment dans les ZEP, où la prévalence de l'obésité continue d'augmenter.

Il faut établir un programme de santé publique précis pour réduire la prévalence de l'obésité infantile et cibler, en priorité, les populations à risque. Il faut aussi développer la formation à la nutrition et à la lutte contre l'obésité des acteurs de santé de l'école, mettre en place des programmes d'actions départementaux ou dans les académies et des outils efficaces que pourront utiliser les professionnels dans le cadre d'actions d'animation de

médecine préventive individuelle et collective renforcées. Il faut enfin évaluer les programmes mis en œuvre afin de vérifier leur efficacité.

3. Association de promotion de la santé scolaire et universitaire (AFPSSU)

L'obésité est un problème ancien. En 1947 et en 1951, des circulaires évoquaient déjà les problèmes d'obésité. Aujourd'hui, l'obésité est un fléau de santé publique. La communication publique en matière nutritionnelle est critiquable. Les messages publics d'information nutritionnelle qui sont diffusés dans le cadre du PNNS, avant les publicités télévisées pour les produits alimentaires ou en bas de ces publicités, sont source de confusion. En raison de différences d'éducation des parents, il y a une inégalité sociale devant l'information et la publicité pour les produits alimentaires. Les enfants des milieux défavorisés sont davantage perméables aux messages publicitaires. La publicité dans les émissions pour enfants pour les produits qui favorisent l'obésité devrait être réglementée.

La campagne « 5 fruits ou légumes par jour » de l'INPES est inique. Elle culpabilise les familles défavorisées qui n'ont pas des revenus suffisants pour accéder à ces produits qui sont chers.

Il est important d'adapter la communication en fonction des besoins locaux.

Il faut aussi chercher à améliorer la qualité des produits. Donner aux enfants de la viande aux hormones et des légumes avec des pesticides peut nuire à leur croissance. Malheureusement, aucune étude n'est menée sur la qualité de ces produits et leurs conséquences sur la santé.

4. Syndicat national autonome des médecins de santé publique de l'Éducation nationale (SNAMSPEN)

La médecine scolaire a un rôle important à jouer en matière de dépistage de l'obésité, notamment pour surveiller le rebond d'adiposité. Des visites médicales sont effectuées systématiquement avant l'entrée au cours préparatoire (CP) mais, faute de moyens suffisants, le suivi est difficile à assurer.

Les médecins de l'Éducation nationale organisent des actions de prévention collective, en concertation avec les acteurs locaux, concernant l'équilibre alimentaire et l'activité physique. Ils visent aussi à agir sur l'environnement en incitant les enfants à aller à pieds à l'école. Mais il est difficile d'assurer la sécurité des enfants lors des déplacements entre le domicile et l'école.

Il faut éviter de stigmatiser les familles ayant des enfants en surpoids pour ne pas accentuer les inégalités.

Par ailleurs, il est regrettable de constater que les produits moins salés et moins sucrés sont en général plus chers que les autres.

5. Syndicat des médecins de l'Éducation nationale (SMEDEN-FO)

L'obésité est souvent liée à des difficultés familiales, au manque de temps pour s'occuper des enfants ou préparer les repas.

Un problème très préoccupant a été décelé par les psychiatres : le phénomène de l'enfant-roi ou enfant-tyran qui contraint sa famille à le récompenser par des sucreries.

Une étude a été effectuée dans le département de la Seine-Saint-Denis pour savoir combien d'enfants étaient en sous-poids. Cette étude a montré que, contrairement à ce que l'on attendait, une majorité des enfants étaient en surpoids.

Il faut mettre en place avec les départements des plans de dépistage précoce du risque d'obésité. La médecine scolaire a un rôle charnière à jouer puisqu'elle peut établir des liens en ce qui concerne les différentes prescriptions en matière nutritionnelle relatives à la collation du matin, à la restauration scolaire, aux enseignements en santé et à la prévention individuelle et collective. Les médecins scolaires doivent aussi travailler avec les familles et les médecins de ville pour agir sur les enfants les plus fragiles qui peuvent rencontrer des problèmes psychologiques et sociaux.

Par rapport aux préoccupations des familles défavorisées, la campagne de l'INPES sur les fruits et légumes apparaît complètement décalée.

Dans le département de la Seine-Saint-Denis, les résultats concernant la collation matinale à l'école maternelle sont plutôt satisfaisants. Elle a été abandonnée. Mais il reste une difficulté : les parents ont tendance à mettre de la nourriture dans les cartables des enfants comme des sucreries et confiseries, des chips et même des hot-dogs. Cela est propice au développement du grignotage par les enfants. Les cartables ne devraient pas contenir de nourriture.

6. Syndicat national des médecins scolaires et universitaires (SNMSU-UNSA Éducation)

Le conseil général du Val-de-Marne a mis en place, il y a sept ans, un programme intitulé « manger mieux, bouger plus ». Les infirmières scolaires ont effectué un dépistage du risque d'obésité de tous les élèves de 5e. Les enfants en surpoids qui ont souvent des habitudes alimentaires anarchiques ont été pris en charge et reçus par les infirmières, une fois par semaine pendant six mois. Elles leur ont appris à bien se nourrir et comment faire du sport à l'école et en dehors de l'école. Malheureusement, certains enfants obèses ont été dispensés de sport par les médecins de famille.

Il s'agit de transformer, avec l'aide d'une association, du volontariat des enseignants et d'un guide pratique établi par le conseil général, des enfants, souvent enfants-roses, en consommateurs avertis. On apprend aux enfants et aux adolescents à lire les étiquettes, à découvrir la grande distribution, les Halles de Rungis, à découvrir des fruits qu'ils ne connaissent pas et les goûts. Les enfants apprennent ainsi beaucoup de choses. Un livre leur a été fourni par le conseil général pour favoriser la prévention et l'apprentissage dans ce domaine.

Les self-services scolaires, sans accompagnement, posent problème. L'enfant qui peut choisir au dessert entre une glace et une pomme choisira le plus souvent une glace. Un jeune enfant ne peut pas manger une pomme car il ne sait pas la couper. D'ailleurs, dans certaines régions, une augmentation de l'obésité chez les enfants en grande section qui fréquentent les self-services scolaires a été décelée. En outre, les enfants mangent souvent à 11 h 15 et très rapidement, en 20 minutes. Il n'y a ni accompagnement ni accueil. Il faudrait améliorer l'encadrement des enfants dans les cantines. Auparavant, dans les selfs scolaires, on utilisait des petites pastilles pour repérer les familles de produits et indiquer la composition d'un menu équilibré et ce système semblait efficace. En outre, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) avait conçu, il y a quelques années, des jeux de sociétés pour les enfants sur la nutrition, comme un jeu de sept familles, qui, malheureusement, n'existent plus aujourd'hui.

Les enfants qui rencontrent des problèmes de santé et d'obésité peuvent bénéficier d'un suivi médical dans le cadre scolaire. Des bilans médicaux peuvent être effectués à la demande des familles ou de l'enfant. Il est important que les familles puissent rencontrer le médecin scolaire. Mais, il y a pénurie de médecins scolaires, et certains d'entre eux doivent s'occuper de 7 000 élèves ainsi que des élèves handicapés.

Des actions d'éducation collectives à destination des enfants peuvent être aussi organisées par les médecins scolaires. Les enfants transmettent parfois les informations nutritionnelles qu'ils ont retenues à leurs parents.

7. Syndicat national autonome des infirmier(e)s en milieu scolaire (SNAIMS-CAT Éducation)

Certaines communes ont développé des expérimentations pour sensibiliser les parents aux questions de nutrition. Mais il est difficile de mobiliser les parents.

Le problème de l'obésité est complexe. Il ne suffit pas d'améliorer l'éducation à la nutrition. Il faut aussi développer les activités physiques et sportives. Il faut faire de la prévention individuelle et mener des actions collectives, notamment dans les classes de grande section de maternelle. À cet âge, les mauvaises habitudes ne sont pas encore installées. En revanche, dès l'adolescence, il est difficile de faire changer les habitudes alimentaires. Les relations entre les jeunes en surpoids ou qui rencontrent des difficultés psychologiques et les infirmières scolaires sont souvent positives. Il faut apprendre aux enfants à se faire plaisir et à écouter leur corps. Lorsque cela est nécessaire, l'entretien individuel permet d'orienter l'élève vers les médecins scolaires et les réseaux des soins. Il faut développer le partenariat entre les médecins et les infirmières.

Le temps moyen du repas dans les cantines scolaires est de 20 minutes, ce qui est trop peu.

Les diététiciens sont souvent employés par des sous-traitants et, de ce fait, n'ont pas toujours la liberté de parole souhaitable concernant la composition des repas de cantine scolaire.

8. Syndicat national des infirmier(e)s conseiller(e)s de la santé (SNICS-FSU)

L'obésité est un problème majeur de santé publique. C'est une pathologie qui est liée au mode d'organisation et de fonctionnement actuels de notre société.

Mais, l'obésité n'est pas qu'un problème d'alimentation. Il y a une dimension affective dans l'alimentation et les problèmes liés à la nutrition. L'estime de soi est aussi un élément déterminant de l'attention que l'on porte à ce que l'on mange mais aussi des activités physiques que l'on pratique pour sa santé et sa réussite scolaire.

Il faut aussi poser la question de l'organisation de la prise en charge après le dépistage. Il y a un grand déficit dans ce domaine. Il faut développer le travail en réseau et en partenariat avec les infirmières scolaires, qui veillent à la santé de 16 millions d'élèves, et tous les autres acteurs.

L'école doit proposer au moins une fois par jour un repas équilibré.

Réunion du 7 juillet 2008, 17 h 00

Audition de Mme Monique Larche-Mochel, responsable de l'inspection médicale du travail et de la main-d'œuvre au ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité.

Synthèse de l'audition

Il faut, au préalable, rappeler la différence entre la médecine de prévention et la médecine curative.

Il y a près de 7 000 médecins du travail. Les médecins du travail assurent une mission de prévention des risques professionnels. En conséquence, les médecins du travail ne s'intéressent, en principe, à la question de l'obésité que si celle-ci peut entraîner un risque professionnel pour les salariés. Aucun suivi de l'obésité des salariés n'est assuré systématiquement dans les entreprises et on ne dispose donc pas de données nationales sur l'obésité en milieu professionnel.

Pendant, le médecin du travail peut être amené à s'intéresser aux conséquences que peut avoir l'activité exercée par l'entreprise, ses modes d'organisation et les produits utilisés dans le cadre du travail sur la surcharge pondérale et la santé des salariés.

Dans certains secteurs d'activité, les médecins du travail surveillent les effets des produits phytosanitaires sur la prise de poids. Ils surveillent aussi les effets du travail de nuit, du travail posté (2x8 ou 3x8) qui entraînent des changements du rythme de vie, du stress professionnel, de la sédentarité, de l'organisation des temps de pause et de repas, de la restauration d'entreprise, des repas d'affaires et des repas des personnels commerciaux itinérants et d'une manière générale de l'organisation et des conditions de travail sur la prise de poids ou l'apparition de troubles du comportement alimentaire.

Les médecins du travail peuvent notamment contrôler le fonctionnement des restaurants d'entreprise. Ils le font, en général, dans les grandes entreprises. En revanche, cela est beaucoup plus difficile à réaliser dans les petites entreprises parce que les médecins du travail ont la responsabilité de plusieurs entreprises.

Mais ce travail d'analyse et de surveillance de la santé des salariés est toujours effectué au regard de l'objectif de réduction du risque professionnel. Le médecin du travail fait de la prévention primaire contre l'obésité uniquement si celle-ci peut entraîner un risque professionnel. Ainsi, le médecin du travail ne va s'intéresser au diabète du salarié que s'il y a un risque professionnel. Le médecin du travail peut décider de l'incapacité au travail d'un salarié obèse.

Les médecins du travail établissent des fiches d'entreprise qui évaluent les risques professionnels et proposent à l'employeur les moyens de prévention adaptés.

Une réforme de la médecine du travail est en cours d'élaboration, en concertation avec les partenaires sociaux. La difficulté majeure est le nombre insuffisant de médecins du travail. En outre, les médecins du travail n'ont pas accès au dossier médical de ville du patient et il n'est pas non plus prévu qu'il ait accès au dossier médical personnel (DMP),

pour des raisons de protection de la vie privée. La coordination entre la médecine du travail et la médecine de ville est donc difficile.

La médecine du travail manque de moyens. Le nombre des médecins du travail est insuffisant, les recrutements sont faibles et l'on observe un vieillissement des médecins du travail (75 % des médecins du travail ont plus de 50 ans). On recourt parfois à des vacataires pour remplacer les médecins du travail partis en retraite. Il pourrait être envisagé de recourir davantage aux infirmières dans les services de santé au travail. Ce pourrait être une voie de poursuite de carrière pour les infirmières qui travaillent dans les établissements hospitaliers. Cette solution est soutenue par les intéressées.

Le code du travail prévoit une obligation de contrôle médical dans le cadre de la médecine du travail tous les deux ans et tous les ans pour les salariés qui travaillent la nuit ou qui sont exposés à des risques spécifiques. En réalité, le contrôle est effectué, en moyenne, tous les trois ans.

Les médecins du travail participent, autant que possible, aux campagnes d'information de l'Institut national de prévention et l'éducation pour la santé (INPES).

Par ailleurs, on peut rappeler que le bilan social, qui doit être publié par les entreprises de plus de 300 salariés, doit comporter des données sur la santé et la sécurité des salariés ainsi que sur leurs conditions de vie.

*

Réunion du 8 juillet 2008, 14 h 30

Audition de M. Jean-René Buisson, président de l'Association nationale des industries alimentaires (ANIA), et Mme Cécile Rauzy, chef de projet nutrition.

Synthèse de l'audition

L'Association nationale des industries alimentaires (ANIA) représente plus de 10 000 entreprises de l'industrie agro-alimentaire, les grands leaders mondiaux mais aussi un tissu de petites et moyennes entreprises qui ont une certaine importance en matière d'aménagement du territoire. L'ANIA est une confédération qui regroupe 26 fédérations. Elle travaille sur des sujets transversaux avec les distributeurs et les consommateurs.

70 % des produits alimentaires consommés sont issus de produits provenant de l'agriculture française et transformés par les entreprises françaises.

Le secteur de l'agro-alimentaire réalise un chiffre d'affaires de 140 milliards d'euros. C'est la première industrie du pays, le deuxième employeur privé, derrière la mécanique. La France est le premier exportateur mondial de produits agro-alimentaires.

Depuis plusieurs années, les entreprises de l'agro-alimentaire font des efforts en matière de nutrition. Il y a une véritable prise de conscience de la part des entreprises du secteur et notamment des plus importantes comme Danone ou Nestlé. La qualité nutritionnelle est une préoccupation stratégique qui doit être intégrée à la politique des entreprises, y compris dans les PME qui ressentent cette évolution et les obligations qui y sont liées comme de nouvelles contraintes compétitives.

Les entreprises travaillent sur la qualité des matières premières et sur l'évolution de la composition des produits et la réduction progressive des teneurs en gras, sel et sucre.

L'observatoire de la qualité des aliments (OQALI) qui vient d'être créé devrait permettre de progresser dans ce sens. Les entreprises fourniront, à titre confidentiel, les recettes de leurs produits. Une base de référence sur la composition des produits sera établie et on pourra suivre l'évolution des produits. L'OQALI doit publier un rapport chaque année.

L'ANIA est favorable au développement de l'information et de l'éducation nutritionnelle, en particulier en direction des enfants. Elle a d'ailleurs créé une fondation à cet effet.

L'ANIA est opposé au pastillage nutritionnel des produits alimentaires. Elle est en revanche favorable à l'amélioration de l'étiquetage nutritionnel en application du règlement européen qui est en cours de révision. D'ores et déjà, 80 % des produits issus de l'industrie agro-alimentaire sont étiquetés conformément à ces dispositions. L'information nutritionnelle a d'abord concerné les produits allégés (light) pour des raisons de marketing. Elle s'est ensuite étendue aux autres produits car elle correspond à une demande des consommateurs. En matière d'allégations nutritionnelles, le nouveau texte européen prévoit un délai transitoire de mise en conformité de deux ans. Les produits qui ne seront pas en conformité avec la nouvelle réglementation sortiront du marché. Le nouveau règlement européen en préparation prévoit l'affichage d'informations nutritionnelles sur l'avant de l'emballage des produits et notamment de l'apport calorique par portion.

L'ANIA poursuit un objectif de santé publique et adhère au trois-quarts des propositions du PNNS. Elle pense que l'amélioration de la qualité nutritionnelle peut constituer un avantage compétitif. Elle est favorable à la signature de chartes nutritionnelles professionnelles prévoyant des engagements nutritionnels concrets concernant la composition des produits transformés en lipides, sel et sucre. L'entreprise Saint-Hubert, spécialisée dans les margarines allégées et les substituts du beurre, a signé avec l'État, début 2008, la première charte de progrès nutritionnel. Pour ne pas provoquer de rupture avec le goût des consommateurs, il faut toutefois diminuer le sel, le sucre et le gras progressivement. Danone, par exemple, a diminué de 10 % le sucre dans ses crèmes desserts. Mais dans certains produits, comme Blédina, des mères ajoutent du sel ou du sucre car en goûtant elles trouvent qu'il en manque !

L'ANIA est prête à accepter la suppression progressive de la publicité télévisée pour les produits issus de l'industrie agro-alimentaire dans les émissions pour enfants. La plupart des plus grandes entreprises du secteur l'ont déjà acceptée. Il faut toutefois rappeler que la publicité télévisée pour les produits de l'industrie agro-alimentaire représente 20 % des recettes des chaînes de télévision. La suppression de la publicité pourrait donc avoir des conséquences graves pour les chaînes dont l'équilibre financier peut être fragile.

D'après les enquêtes réalisées auprès des téléspectateurs, les messages d'information nutritionnelle de l'INPES diffusés en bandeau défilant en bas des publicités télévisées pour les produits de l'industrie agro-alimentaire sont bien mémorisés mais ne semblent pas modifier les comportements des consommateurs.

L'ANIA est, pour une raison de fond, défavorable à l'instauration d'une taxe nutritionnelle. Elle considère qu'on ne peut pas appliquer à la nourriture la même logique que pour le tabac ou la drogue. Si l'on veut des moyens supplémentaires pour financer la santé publique, on peut créer une taxe volontaire ou une contribution obligatoire qui ne doit pas avoir l'image d'une taxe.

*

Réunion du 8 juillet 2008, 15 h 30

Audition de M. Bruno Luisetti, président d'Alliance 7, et Mme Florence Pradier, directrice générale, Mme Jocelyne Stevani, responsable des relations extérieures de Danone Eaux France, et M. Bertrand Commelin, directeur des relations extérieures de Nestlé Waters France, membres du conseil d'administration de la Chambre syndicale des eaux minérales (CSEM), M. Alain Justet, président de la Fédération nationale des industries des corps gras (FNCG), et M. Jean-Claude Barsacq, secrétaire général, M. Thomas Gauthier-Lafaye, directeur de la communication externe d'Orangina Schweppes, membre du conseil d'administration du Syndicat national des boissons rafraîchissantes (SNBR).

Synthèse de l'audition

1. Chambre syndicale des eaux minérales (CSEM)

La chambre syndicale des eaux minérales représente de nombreuses sources d'eau importantes (Valver, Volvic, Évian, Vichy...).

Il faut rappeler que notre corps est constitué à 60 % d'eau. Le programme national nutrition santé (PNNS) recommande de boire à volonté. Quant à l'Organisation mondiale de la santé (OMS), elle recommande de boire au moins 1,5 litre par jour.

Les attaques contre les eaux minérales, qui sont souvent fondées sur des informations biaisées, sont regrettables. L'eau ne doit pas avoir une mauvaise image et doit rester la boisson principale pour s'hydrater. L'eau minérale est l'équivalent d'un produit bio ; elle ne contient pas de pesticide, ni de chlore ni d'additif.

Les eaux aromatisées sont des boissons et non des eaux et sont étiquetées comme telles.

2. Syndicat national des boissons rafraîchissantes (SNBR)

Le SNBR représente les fabricants de boissons rafraîchissantes sans ajout d'alcool (BRSA), c'est-à-dire les eaux aromatisées.

Les eaux aromatisées sont une grande variété de boissons sucrées ou non sucrées, pétillantes, aromatisées, gazeuse et de limonades qui peuvent être fabriquées à partir d'eau de source.

Les BRSA représentent 2,3 % des apports caloriques chez les enfants, 3,4 % chez les adolescents et 2 % chez les adultes. Par comparaison, l'alcool représente 5 % des apports caloriques.

Les Français consomment relativement peu de *soft drink*. Les *soft drink* qui sont des boissons plaisir sont consommés, en général, de manière occasionnelle et raisonnable. Les enfants consomment, en moyenne, une canette de 33 cl tous les 4 jours, les adolescents une canette tous les deux jours, et les adultes une canette tous les cinq jours. Toutes les catégories socioprofessionnelles consomment ces produits mais les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées consomment moins que les autres. Des études

montrent que la consommation de ces boissons n'est pas un facteur déterminant de l'obésité. Cependant, selon une étude canadienne, 80 % des *soft drink* sont consommés à domicile. Les parents doivent alors jouer leur rôle d'éducateur.

Il est par ailleurs, possible d'agir sur différents leviers. On peut :

- agir sur l'offre en réduisant la teneur en sucre des boissons car l'offre de boissons light se développe ; elles représentent déjà 24 % du marché ; une boisson consommée sur quatre est donc sans sucre ;

- améliorer l'information des consommateurs pour qu'ils maîtrisent mieux leurs apports caloriques : l'étiquetage nutritionnel permet de mieux les renseigner sur la composition des produits et le projet de nouveau règlement européen prévoit de faire figurer sur la face avant des emballages les repères nutritionnels (apports journaliers quotidiens), début 2010 ; des indications pourront être ajoutées à destination des médecins et des prescripteurs ;

- encourager les pratiques commerciales responsables.

Par ailleurs, il faut lutter contre la sédentarité et inciter à faire davantage d'exercice physique. Le niveau d'exercice physique est en corrélation avec l'hygiène de vie et l'équilibre nutritionnel observé.

Les adhérents au SNBR se sont engagés à supprimer la publicité pour leurs produits dans les émissions pour enfants de moins de 12 ans.

3. Alliance 7

Alliance 7 représente les fabricants d'une dizaine de familles de « produits plaisir » : chocolaterie, confiserie, biscuiterie, céréales pour le petit-déjeuner, miels... Les membres de la fédération sont conscients des problèmes que pose l'obésité et sont impliqués dans l'amélioration de la qualité nutritionnelle de leurs produits depuis 2003. La teneur en sel dans les céréales pour petit-déjeuner a ainsi été réduite de 23 % entre 1993 et 2007.

Mais, il faut rappeler que l'obésité résulte de plusieurs facteurs. Elle dépend de la manière dont mange l'individu mais aussi de son niveau d'exercice physique.

Il faut aussi rappeler que le chocolat existe depuis plusieurs siècles et qu'on ne pourra pas fabriquer de chocolat sans sucre ni gras.

Alliance 7 préconise de :

- veiller à ce que les chartes d'engagement nutritionnel collectives soient davantage applicables ; il faut fixer des références de départ pour mesurer les évolutions ; parmi les membres d'Alliance 7, la biscuiterie est le secteur le plus avancé dans ce domaine ;

- travailler sur les portions ;

- améliorer l'information nutritionnelle figurant sur les emballages pour donner des repères de consommation, en application du projet de règlement européen, tout en veillant à garder le consommateur responsable ; il est souhaitable de parvenir à une harmonisation européenne en matière d'étiquetage ;

- poursuivre le travail engagé avec la Fédération du commerce et de la distribution ;
- supprimer, conformément à un engagement pris en septembre 2007, la publicité télévisée dans les émissions pour enfants sauf pour les produits susceptibles d'être profitables aux enfants ;
- développer les efforts d'information et d'éducation nutritionnelle en particulier en direction des adolescents et des populations défavorisées ;
- poursuivre le travail engagé avec le ministère en charge de l'insertion ; les actions qui ont été conduites, comme par exemple le programme « bien manger, c'est bien bouger », se sont révélées efficaces.

4. Fédération nationale des industries des corps gras (FNCG)

Le FNCG représente l'huile et la margarine. Si l'on veut s'attaquer à l'obésité il faut agir sur l'ensemble de ses déterminants. On ne peut pas aborder les questions de nutrition sans parler de la façon dont on se comporte. Il faut favoriser l'exercice physique, comme la pratique du Velib.

Les corps gras, comme les omégas 6 et 9, ne sont pas des éléments neutres mais ils sont indispensables à la vie de l'homme. Il faut donc parvenir à une consommation raisonnable. On peut optimiser la teneur des produits en corps gras. La teneur en corps gras de la margarine a déjà été diminuée de 57 %. Il n'y pas ou plus de marge de réduction sur les huiles et la margarine. En revanche, la teneur en acides gras trans peut être diminuée pour être ramenée à la limite préconisée de 1 %.

L'entreprise Saint Hubert s'est engagée à optimiser la teneur en corps gras saturés et insaturés et à revoir les portions qu'elle propose.

Des huiles combinées, qui mélangent des huiles de tournesol, de soja et de raisin, ont été développées pour améliorer leur qualité nutritionnelle et participer à la prévention du risque d'affections cardio-vasculaires.

Le travail sur les portions est important car la portion est un repère pour le consommateur. Par exemple, 10 grammes de margarine doivent permettre de tartiner une ou deux tartines et l'apport journalier recommandé est de 20 grammes. Pour l'huile, une portion correspond à une cuillère.

Mais, il n'est pas facile de rendre l'information nutritionnelle compréhensible. Par ailleurs, il faut être conscient des difficultés pour faire évoluer les comportements alimentaires. C'est une œuvre de longue haleine.

Différents travaux de recherche ont été engagés, notamment par l'INRA et l'INSERM, sur les lipides, les rapports entre les lipides et la nutrition ainsi que les comportements alimentaires. La FNCG possède son propre groupe de travail sur les lipides et la nutrition. La fédération développe ce projet avec la collaboration de l'association nationale des industries alimentaires (ANIA) et de l'Institut français de la nutrition qui est depuis trente ans un lieu d'échanges.

Réunion du 8 juillet 2008, 16 h 30

Audition de M. Christian Polge, président de Coca-Cola France, et M. Philippe Marty, directeur de la communication et des affaires publiques, M. Marco Capurno, directeur général de Ferrero France, et Mme Joane Husson, directrice des affaires publiques, M. Pascal Tanchoux, directeur de la communication de Kraft Foods France, et Mme Anne Genin, directrice communication de Lu France, M. Christophe Dandoy, directeur de la communication de Mars Chocolat France, Mme Valérie Bignon, directrice générale en charge des affaires publiques de Nestlé France, et Mme Brigitte Laurent-Langevin, directrice nutrition.

Synthèse de l'audition

1. Kraft Foods France

Afin de prendre en compte les préoccupations d'équilibre nutritionnel, Kraft Foods fait évoluer sa politique de marketing. L'entreprise a supprimé la publicité pour ses produits dans les émissions pour enfants de moins de 12 ans, depuis 2003. Ses produits ne sont plus distribués dans les écoles. Elle a aussi amélioré la qualité de l'information des consommateurs et de l'étiquetage nutritionnel conformément aux prescriptions européennes.

2. Lu France

Lu France, qui appartient au groupe Danone, s'est engagé dans une politique d'amélioration de la qualité nutritionnelle et de reformulation de la composition de ses produits pour diminuer leur teneur en gras, sel et sucre. Il faut néanmoins souligner la difficulté de faire évoluer la composition des produits. Il faut, d'une part, que l'évolution soit commune à l'ensemble des fabricants d'une même gamme de produits afin d'éviter des distorsions de concurrence, d'autre part, agir progressivement pour ne pas déstabiliser les consommateurs dans leur appétence pour ces produits. LU travaille à l'amélioration de la qualité nutritionnelle à goût constant, c'est-à-dire sans changer les caractéristiques sensorielles des produits. Des efforts de recherche importants sont développés dans ce sens. On peut d'ailleurs ajouter que la notion de produit allégé – *light* – est arrivée plus tard en France que dans les pays Anglo-Saxons.

Lu s'est aussi clairement engagé dans le développement de la qualité de l'information nutritionnelle sur ces produits.

Le Programme Alimentation Insertion (PAI) mis en place en 2003 avec le secrétariat d'État à la lutte contre l'exclusion et la précarité devrait connaître de nouveaux développements.

Le programme de mécénat sportif d'information nutritionnelle « bien manger, c'est bien bouger », initié en 2004, notamment par Kraft Foods, donne de bons résultats. En trois ans, 230 000 adolescents sportifs de 11 à 17 ans ont été sensibilisés à l'intérêt d'une alimentation saine et équilibrée et 75 % reconnaissent avoir ensuite modifié leurs habitudes alimentaires.

3. Nestlé France

Depuis la création de la société par Henri Nestlé, qui était pharmacien, en 1856, Nestlé a toujours proposé des produits de bonne qualité nutritionnelle. La priorité de Nestlé (son « code génétique ») est la qualité du produit à tous les âges de la vie et à toutes les heures du jour.

Depuis un an, Nestlé ne fait plus de publicité dans les émissions pour enfants de moins de 6 ans et dans les émissions pour enfants de moins de 12 ans sauf si le produit comporte un apport nutritionnel souhaité par le programme national nutrition santé.

Chacun est responsable de ses comportements alimentaires. On peut avoir une alimentation équilibrée et ne pas être obèse tout en consommant du Coca-Cola de manière raisonnable. Il faut manger de tout mais faire attention aux portions.

La nutrition et les problèmes d'obésité dépendent des comportements alimentaires et de l'art et la manière de manger. Les cultures alimentaires sont différentes selon les pays. En Grande-Bretagne, l'alimentation est conçue comme utilitaire et individuelle ; d'où l'augmentation de l'obésité. En France, on a le plaisir du repas.

La lutte contre l'obésité suppose donc de faire davantage d'effort en matière d'éducation, notamment d'éducation au goût des bébés, et de prévention auprès des individus plutôt que d'appliquer des restrictions aux produits alimentaires. Il faut par exemple se demander pourquoi les consommations alimentaires évoluent vers les produits transformés. Par ailleurs, si les enquêtes montrent que 3,7 % des enfants sont obèses, cela veut dire que 96,3 % ne le sont pas. Ce sont les comportements individuels qu'il faut corriger.

On peut aussi noter que l'amélioration de la qualité nutritionnelle des céréales depuis plusieurs années s'est effectuée de manière spontanée, sans intervention des pouvoirs publics.

4. Ferrero France

Ferrero assume sa position de fabricant de « produits gourmands ». Son objectif est de satisfaire le consommateur. Cependant, l'entreprise s'est engagée dans une réflexion sur la nutrition et la réduction des portions proposées aux consommateurs. Cela est plus efficace que l'action sur la composition des produits. Car, si l'on change radicalement la composition du produit, le consommateur risque de consommer des produits de premier prix. Ferrero a fait l'expérience de diminuer de 1,5 % le sucre et le consommateur a constaté la différence. Aucun produit *light* ne sera élaboré car ce serait tromper le consommateur. En revanche, tout est mis en œuvre pour informer le consommateur.

Ferrero travaille donc sur la réduction des portions. Mais il faut, parallèlement, apprendre aux individus à manger de manière raisonnable et intelligente. Ce n'est pas le rôle des entreprises agroalimentaires d'éduquer la population. Les parents ont un rôle important à jouer dans ce domaine. Il faudrait mener des actions ciblées en direction des populations défavorisées.

Le Nutella fabriqué par Ferrero est meilleur qu'un simple croissant. Un croissant représente 200 calories, soit davantage qu'une barre Mars ou un bol de Chocapic de Nestlé.

Ferrero ne fait plus de publicité pour ses produits dans les émissions jeunesse, depuis 2004. Cependant, les produits proposés par Ferrero sont attractifs et les marchés sont stables depuis 10 ans.

Ferrero voulait être partenaire du programme PNNS, mais le ministère de la santé ne souhaite pas autoriser l'utilisation du label PNNS pour le chocolat.

5. Coca-Cola France

Coca-Cola vend des produits *light* depuis 1988, au même prix que le Coca-Cola non allégé. Le consommateur a donc la possibilité de modifier sa consommation du jour au lendemain pour passer du Coca-Cola normal au Coca-Cola *light*.

En France, le Coca-Cola *light* représente 25 % des ventes et cette part est en augmentation. Le Coca-Cola *light* a été mis sur le marché plus tôt en Grande-Bretagne, il y a 20 ans. Il représente aujourd'hui 50 % de la consommation de Coca-Cola dans ce pays.

Le Coca-Cola « zéro » contient zéro calorie.

Tous les fabricants de boissons sucrées misent sur le *light* et se sont engagés dans une politique de reformulation de leurs produits et de réduction de la teneur en sucre. D'ici 2011, la teneur en sucre de l'ensemble de ces produits devrait avoir diminué de 17 %. Coca-Cola ne fait pas de publicité dans les émissions de jeunesse.

6. Mars chocolat France

Il ne faut pas stigmatiser la barre chocolatée « Mars ». Le « Mars » est un produit plaisir mais l'objectif est de ne pas surajouter de sucre et de graisse. Mars a beaucoup travaillé pour réduire les acides gras trans qui ont quasiment disparu de ses produits. Les travaux de recherche et développement se poursuivent néanmoins sur ce point. Mais, plus généralement et compte tenu des efforts déjà faits, il est souvent difficile d'améliorer encore la composition des produits.

Mars France a également beaucoup travaillé sur les portions. Le Mars des États-Unis est nettement plus gros que celui vendu au Royaume-Uni et en Belgique. La barre Mars vendue en France est la plus petite. Dans l'apprentissage des habitudes alimentaires, les parents ont un rôle important à jouer. C'est à chacun de faire ses choix de consommation à chacun des moments de la journée. L'application de la nouvelle réglementation européenne sur l'étiquetage et l'indication des repères journaliers quotidiens sur les emballages est aussi un moyen utile d'aider chacun à prendre ses décisions de consommation.

Mars ne fait plus de publicité dans les émissions télévisées pour enfants depuis 2001 ni de marketing en direction des enfants depuis 2007.

Mars réalise 75 % de son chiffre d'affaire dans les grandes et moyennes surfaces.

Réunion du 9 juillet 2008, 10 h 00

Audition de M. Dominique-Philippe Bénézet, délégué général du Syndicat national de la restauration collective (SNRC), et Mme France-Anne Huard, responsable diététique et nutrition de Dupont Restauration, membre de la commission nutrition du SNRC.

Synthèse de l'audition

La restauration collective fonctionne pour deux tiers en gestion directe et pour un tiers en gestion déléguée. Le SNRC représente les sociétés qui exercent leur activité dans le cadre de la sous-traitance. Il existe trois grands groupes de restauration collective : SODEXO, SOGERES et AVENANCE dont les filiales sont EUREST, MIDIREST, SCOLAREST...

Le SNRC représente 87 % du secteur de la restauration collective concédée. Le secteur emploie 75 000 salariés qui bénéficient de 500 000 heures de formation par an.

La commission sûreté du SNRC comprend une sous-commission nutrition qui se réunit chaque mois pour évoquer les questions de nutrition. Le SNRC est associé aux travaux du comité de pilotage du PNNS et la commission nutrition participe aux travaux du Conseil national de l'alimentation et à ceux du Groupe d'étude des marchés restauration collective et nutrition (GEMRCN). Le GEMRCN a publié une nouvelle recommandation visant à améliorer la qualité nutritionnelle des repas servis en collectivité qui s'applique depuis le mois de mai 2007 et se substitue à la précédente recommandation qui datait de 1999.

Le SNRC s'est engagé dans la logique de charte d'engagement nutritionnel. Encore faut-il rappeler que les 140 repas pris à l'école sur environ un millier pris chaque année ou encore 4 repas sur 21 pris dans la semaine ne représentent que 13 % des repas pris dans l'année par les enfants. Mais la restauration scolaire joue un rôle important dans l'éducation nutritionnelle des enfants.

Le groupe nutrition publie des fiches d'information diététique et des fiches sur les allergies alimentaires. Par ailleurs, le SNRC incite et veille à l'emploi de diététiciens dans les sociétés de restauration collective, fait des efforts importants pour développer les actions de formation des personnels internes et des extras, participe, par le biais des commissions menus, à l'élaboration et au contrôle de l'application de la circulaire du 25 juin 2001, développe des partenariats avec les clients des entreprises de restauration collective et participe aux semaines d'éducation au goût et à la nutrition organisées par les établissements scolaires.

Le SNRC intervient aussi bien auprès de la petite enfance qu'auprès des personnes âgées. Il a un contact direct avec les parents pour expliquer les choix opérés par le PNNS. Il établit un partenariat avec les clients, les municipalités, pour promouvoir l'éducation nutritionnelle. Des animations permettent d'expliquer par exemple le rôle du petit-déjeuner pour ne pas prendre une collation à 10 heures. Le contenu des poubelles est analysé pour savoir si le repas a été apprécié ou non et connaître les préférences alimentaires des convives.

La circulaire de 2001 est en principe applicable à la seule gestion déléguée. De fait, les cahiers des charges fixés par les collectivités locales ne respectent pas toujours les

prescriptions de la circulaire qui n'est d'ailleurs pas toujours bien connue. Un projet de texte plus contraignant – arrêté ou décret – est en préparation qui pourrait aussi étendre les prescriptions à la gestion directe. Le renforcement progressif de la réglementation pousse au développement de la gestion déléguée, laquelle progresse effectivement lentement. Mais il ne faut pas considérer l'évolution vers la gestion déléguée comme un désengagement des collectivités territoriales. La personne en charge de la restauration scolaire dans les collectivités territoriales doit avoir un rôle de contrôle lors de l'exécution du marché et auprès du prestataire.

Dans les crèches, les maternelles et le primaire, la gestion déléguée représente 60 % et la gestion directe 40 %. Dans les collèges et les lycées, la gestion déléguée représente 4 % et la gestion directe de 96 %. Cela risque de changer avec les lois de décentralisation récentes. Auparavant, la gestion déléguée de la restauration collective n'était pas possible. Les départements et les régions peuvent désormais y recourir. À l'université, la gestion est à 100 % directe car il y a un monopole de fait des CROUS. Ceux-ci ne sont pas tenus de respecter les recommandations du GEMRCN et peuvent procéder à des appels d'offres privés.

Les collectivités sont généralement conscientes de l'importance de la qualité nutritionnelle des repas servis aux enfants. Certaines municipalités participent au programme « Ensemble, prévenons l'obésité des enfants » (EPODE). Les actions conduites sur le thème de la nutrition par les collectivités territoriales sont variées, riches et nombreuses. Mais on a l'impression que des doublons existent sur le territoire et il y a un risque de confusion. Il manque une base de données centralisant les informations sur les bonnes expériences menées dans le cadre du PNNS ou d'EPODE et, comme le préconise le conseil national de l'alimentation, un organe de pilotage interministériel.

Les enfants aiment les repas très classiques comme le célèbre « steak haché-frites ». Aussi, lorsque les restaurants scolaires proposent des plats un peu plus élaborés ou sortant des habitudes, comme par exemple des poireaux à la vinaigrette, ces plats terminent très souvent à la poubelle. C'est aussi aux parents qu'il faut apprendre à « bien manger ». Or, trop souvent, ceux-ci habituent leurs enfants au grignotage en rangeant dans les cartables des produits alimentaires très salés ou très sucrés.

Pour attirer les adolescents dans les restaurants scolaires plutôt que de les laisser aller dans les restaurants commerciaux, il faut faire du marketing sur les repas équilibrés. Les jeunes au lycée recherchent la diversité dans l'alimentation et un environnement sympathique pour manger. Ainsi, les jeunes fréquentent les *fast-foods* davantage en raison de leur environnement sympathique que pour la nourriture qu'ils proposent.

Le cadre, la convivialité, la qualité de l'isolation phonique du lieu de restauration sont donc importants, tant pour les petits que pour les adolescents. L'horaire du repas et le temps qui lui est imparti sont aussi très importants. Beaucoup d'enfants sont obligés de manger en 20 minutes et certains enfants mangent à 11 h 15.

Les personnels de restauration rencontrent des contraintes d'organisation. Ils interviennent dans des locaux mis à disposition par les clients, mais ces locaux sont souvent vétustes et ne permettent pas une organisation optimale. Il y a parfois des problèmes de remise en température, notamment pour la viande et le poisson, ce qui dénature le produit et le rend moins appétissant.

Les relations avec les associations de parents d'élèves sont peu développées au niveau national ; elles le sont davantage au niveau local. Ce sont généralement des médecins,

des directeurs d'établissement, des parents affiliés à l'enseignement privé qui participent aux réunions d'information sur le fonctionnement de la restauration scolaire, aux animations et aux commissions des menus des conseils d'école.

En ce qui concerne la composition des repas, on observe que les cahiers des charges ne respectent pas toujours les recommandations du GEMRCN. Certains gestionnaires ajoutent parfois 10 % au grammage préconisé, ce qui déséquilibre les repas. Les circulaires sont pourtant des outils très complets et pratiques pour les diététiciens. Les recommandations sont précises et concrètes. Par exemple, sur 20 repas, on doit placer 8 fruits et 10 crudités. Cependant, il y a parfois des combinaisons infaisables.

Il serait souhaitable de prévoir une disposition législative pour donner un caractère contraignant aux recommandations du GEMRCN qui sont actuellement prévues par la circulaire du 4 mai 2007. Dans le cas d'une délégation de service public, la collectivité territoriale devrait être tenue d'inclure ces prescriptions dans le cahier des charges. Il faut cependant bien réfléchir aux pénalités applicables en cas de non-respect des prescriptions fixées par les marchés. Il faut notamment éviter de pénaliser certains producteurs de produits bio qui ne peuvent pas fournir les produits demandés en raison d'intempéries ou dans d'autres cas de force majeure.

Une des difficultés de la restauration scolaire est que, tous les jours, ce sont les mêmes convives qui se présentent. Il faut donc leur plaire chaque jour et leur offrir des repas équilibrés. Les formations qui sont délivrées aux cuisiniers visent notamment à leur apprendre à travailler les produits différemment et à leur transmettre de nouvelles recettes. De nombreuses animations sont aussi organisées dans les restaurants scolaires des maternelles et des écoles élémentaires.

*

Réunion du 9 juillet 2008, 11 h 00

Audition de Mme Viviane Gacquiere, présidente d'Allegro Fortissimo et Mme Sylvie Benkemoun, secrétaire générale, Mme Anne-Sophie Joly, présidente du Collectif national des associations d'obèses (CNAO), et Mme Marie Citrini, secrétaire générale, M. Jean-Philippe Zermati, président du Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids (GROS) et M. Gérard Apfeldorfer, vice-président.

Synthèse de l'audition

1. Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids (GROS)

GROS est une association, fondée il y a dix ans. Elle regroupe plusieurs centaines de professionnels de santé (médecins, nutritionnistes, psychothérapeutes, psychiatres...) qui mettent en commun leurs connaissances cliniques sur les troubles du comportement alimentaire et les problèmes d'obésité.

a) Les causes de l'obésité

L'association a notamment réfléchi sur les causes du déséquilibre nutritionnel et du développement de l'épidémie d'obésité. Nos conclusions sont différentes de celles qui sous-tendent le PNNS.

L'obésité résulte d'une surconsommation en calories et non pas du niveau de consommation en lipides ou glucides. Le comportement alimentaire n'est pas contrôlé par la simple connaissance et la conscience. Cela explique le peu d'efficacité des campagnes d'information nutritionnelle menées depuis quelques années. Il ne suffit pas de savoir pour pouvoir agir. Derrière cette affirmation, se pose en effet la question de l'application des recommandations nutritionnelles. Les patients consultent souvent pour évoquer leur incapacité à appliquer les recommandations. La situation de certains patients s'est même aggravée à la suite des campagnes menées par les pouvoirs publics. L'idéal féminin formaté, véhiculé par les médias, contribue aussi à ce que les mentalités ne bougent pas. L'objectif de lutter contre l'obésité pollue le discours nutritionnel. On introduit dans les esprits l'idée que « manger c'est pécher ».

Il faut admettre que la prise de poids est souvent irréversible. Certaines personnes ne pourront pas retrouver le poids qu'elles avaient avant la maladie. Si l'on admet cela, on voit bien que l'objectif fixé par le PNNS d'une diminution de 20 % de la prévalence de l'obésité chez les adultes est sans valeur. La perturbation de l'équilibre alimentaire résulte de facteurs psychologiques qui conduisent au dérèglement des sensations et de la perception de satiété. Cela génère un déficit de perception ou une absence de prise en compte des perceptions.

Dans cette situation, les tentatives de contrôle mental des perceptions sont vouées à l'échec. La personne ne maîtrise plus le processus.

La diabolisation de certains aliments et la promotion de comportements de restriction peuvent aussi générer ou accroître l'anxiété alimentaire et contribuer à la dérégulation des perceptions. Parmi les causes de l'obésité, il y a ainsi la volonté de contrôler sa façon de manger. L'individu s'en remet à ce qu'il croit savoir, il diabolise les

aliments gras ou salés et cela contribue à la perturbation du système de régulation alimentaire. La stigmatisation est donc une question centrale qui risque de transformer des personnes qui ne sont pas obèses en obèses.

Par ailleurs, l'analyse de l'historique de la prise de poids des personnes montre que l'alimentation est utilisée dans le processus de régulation émotionnelle. Les personnes grossissent durant les moments de tension de leur vie. Elles ont recours à l'alimentation pour les aider à les surmonter.

Le rôle joué par l'inactivité physique dans la prise de poids peut être important mais l'analyse des effets de l'activité physique sur la corpulence est complexe.

Les individus sont confrontés à la pression consommatoire mais le consommateur achète selon son estomac et de plus en plus on observe une individualisation des pratiques alimentaires et une perte de savoir faire culinaire.

La France est plutôt bien placée du point de vue de l'obésité. Parmi les Européens, les Français sont les plus minces. Si les « pauvres » sont plus gros c'est parce qu'ils sont plus stressés que le reste de la population parce qu'ils subissent un certain rejet social. Le fait d'être stressé peut générer une appétence qui débouche sur des anti-stress comme la nourriture.

Les aliments les moins chers sont ceux qui ont une qualité nutritionnelle dégradée mais qui sont bons pour lutter contre le stress, comme par exemple les lipides. Si l'on donne à une personne stressée un fruit pour diminuer son stress, elle ne le mangera pas.

La restauration de la régulation alimentaire suppose une re-régulation énergétique, nutritionnelle et émotionnelle. Cela passe par une restriction cognitive, une meilleure acceptation de soi et une amélioration de la gestion de ses émotions. Mais il faut aussi accepter que toutes les personnes obèses ne pourront pas maigrir.

b) La prévention de l'obésité

Il y a un vrai travail à mener en matière de prévention de l'obésité.

Il faut arrêter de dire que les aliments sont la cause de l'obésité et arrêter de diaboliser les aliments lipidiques. Plutôt que de centrer les campagnes sur les informations nutritionnelles il vaudrait mieux faire passer des messages sur le temps du repas, la sociabilité, le partage du repas et tenir un discours positif qui valorise la personne. En effet, il faut distinguer les messages sur l'alimentation de ceux concernant l'obésité. Les messages positifs à diffuser doivent être centrés sur l'acceptation et l'amour de soi-même. Il faut éviter de faire peur et d'être en lutte avec la nourriture.

La communication nutritionnelle doit être axée sur les sensations alimentaires et délivrer des messages du type : « manger selon votre faim », « garder une place pour le dessert ». Il ne faut pas interdire ou retirer du marché certains aliments mais il faut apprendre aux personnes à consommer des aliments riches. Ce serait une véritable évolution dans la société. Il faut apprendre comment manger les aliments (le chocolat se mange avec délectation). Il faut démedicaliser l'alimentation et aller contre la tendance au développement des alicaments. Il faut en même temps promouvoir l'éducation et la culture alimentaire. Les aliments ont du sens, de la valeur, surtout en France qui se classe première dans le monde pour sa richesse alimentaire.

Il faut améliorer la relation que l'on a avec son corps, se réconcilier avec son corps et lutter contre les stigmatisations inutiles des personnes obèses. Il faut lutter contre l'hégémonie de la minceur et accepter la diversité corporelle. Il faut redire que certaines personnes ne pourront pas maigrir. Il ne faut pas non plus obliger les personnes à avoir une activité physique. Il faut leur proposer des activités physiques douces qui favorisent la réconciliation avec le corps : danse, danse africaine, marche, expression corporelle, jeux d'équipes, atelier du rire. Les activités proposées doivent être porteuses de sens et apporter du plaisir sinon elles seront abandonnées rapidement.

Un travail est aussi à effectuer avec les éducateurs sportifs dans des écoles.

Des améliorations peuvent être apportées dans la prise en charge des personnes qui ont des problèmes d'obésité. Se pose notamment la question de la formation des médecins sur les formes d'impulsivité alimentaire.

Il y a en outre un message à porter devant les médecins, gynécologues et psychomotriciens et au conseil de l'ordre des médecins car les associations de défense des personnes obèses recensent des cas de maltraitements comme le fait que certains médecins accepteraient d'accueillir ou non les patients en fonction de leur poids.

2. Collectif national des associations d'obèses (CNAO)

Le CNAO est un collectif qui rassemble 30 associations qui travaillent surtout sur la prise en charge médicale de l'obésité. Les dirigeants de ces associations ont suivi une formation médicale et exercent, par exemple pour les chirurgiens la chirurgie baryatrique.

De nombreuses personnes appellent les associations membres du CNAO parce qu'elles veulent maigrir ou parce qu'elles ont des problèmes cardio-vasculaires, de diabète...

Le traitement de l'obésité nécessite une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire, comprenant notamment un psychothérapeute, afin de travailler avec le patient sur le lien entre la nutrition et la gestion des émotions. La création de maisons de santé pluridisciplinaires pourrait permettre d'aller dans ce sens.

Les médecins semblent démunis face à ce phénomène et, de ce fait, souvent les patients n'arrivent pas à dialoguer avec leur médecin. Pourtant les médecins généralistes sont censés être les premiers à alerter et prendre en charge les personnes qui ont des problèmes de surcharge pondérale. La formation des personnels de santé dans toute la chaîne de soins, notamment des médecins, est insuffisante en matière de diététique, de comportements alimentaires et de prise en charge socio-psychologique des personnes obèses. Cela s'explique d'ailleurs par le fait que l'obésité est un phénomène relativement nouveau et que les principaux travaux sur la psychologie du comportement alimentaire et son lien avec l'obésité ont été menés dans les années récentes. La méconnaissance de l'obésité et la mauvaise prise en charge peuvent entraîner une aggravation du problème. En outre, les médecins considèrent souvent que les problèmes d'obésité sont du ressort des nutritionnistes.

L'obésité est médicalement prise en charge surtout lorsqu'elle est morbide ou provoque un diabète.

Mais la prise en charge de l'obésité n'est pas prévue dans la tarification hospitalière à l'activité (T2A). De fait, l'obésité est une pathologie qui n'est pas valorisante pour les praticiens.

De plus, comme cela est décrit dans le Livre noir *Allegro Fortissimo*, certains médecins ont des comportements discriminatoires à l'égard des personnes obèses et même dans les hôpitaux de Paris les problèmes liés à l'obésité sont mal connus. Les médecins ne veulent pas prendre en charge ce phénomène sur le long terme car ils n'aiment pas les échecs.

Il faut créer un réseau de centres de références dotés d'équipes pluridisciplinaires formées pour la prise en charge, notamment psychologique, des patients obèses situés à moins de 160 km de l'établissement de soins.

Il est regrettable qu'aucune évaluation de l'application des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) sur la prise en charge de l'obésité n'ait été effectuée. Il faudrait au contraire évaluer les traitements de l'obésité.

La stricte approche médicale de l'obésité est un échec et les actions conduites, jusqu'à présent, au niveau mondial, contre l'obésité sont aussi un échec.

Le développement de l'activité physique et du sport pourrait contribuer à améliorer la situation. Il faudrait pour cela renforcer la formation des éducateurs sportifs.

3. Allegro Fortissimo

L'association a été créée il y a une vingtaine d'années. Elle s'est fixée pour mission d'apporter une aide psycho-sociale aux personnes obèses et fonctionne sans aucune subvention.

Nous pensons qu'une personne a une forte corpulence parce qu'elle est génétiquement programmée pour cela et son historique du poids le traduit. Par ailleurs, le lien entre le stress et l'obésité est de mieux en mieux établi par des études récentes. La pauvreté est un facteur de stress et donc d'obésité.

D'aucuns pensent qu'« il n'y a pas vraiment de solution pour maigrir ».

Cependant, les personnes obèses sont capables de faire du sport, par exemple de l'aquagym, ou de pratiquer d'autres activités physiques adaptées.

L'obésité évoque les idées de maladie et de mort, les errances de soins et les effets pervers des régimes restrictifs. L'obésité compte aussi un important versant humain et psychologique. Or, les médecins ne sont pas formés au traitement de l'obésité. En particulier, ils ne savent pas distinguer l'obésité réversible de l'obésité irréversible.

L'obésité est mal considérée ; c'est une maladie honteuse. Les exagérations et le catastrophisme autour de l'obésité participent de cette politique de « traumatisation » des personnes obèses. De nombreuses personnes obèses rechignent à consulter car le « gros » se sent coupable et quand il va chez le médecin c'est souvent trop tard. Les personnes obèses ont peur du médecin mais aussi des coûts auxquels elles peuvent s'exposer si elles y recourent. Les personnes qui ont le plus besoin d'être accompagnées médicalement ne le peuvent donc pas car cela leur coûte trop cher.

L'amélioration de la prise en charge des personnes obèses suppose, au préalable, d'améliorer la formation des professionnels de santé et la communication sur les sujets de la nutrition et de l'obésité. Il faut informer sans stigmatiser.

Il faut par ailleurs reconnaître l'obésité comme une maladie. Dans certains cas, une diminution de poids d'une dizaine de kilos peut suffire à réduire sensiblement l'impact de maladies associées à l'obésité, comme le diabète ou les problèmes cardio-vasculaires.

L'obésité est une maladie qui coûte cher et ceux qui en sont atteints subissent de nombreuses difficultés et discriminations dans leur vie quotidienne familiale, sociale et professionnelle. 80 % des personnes qui présentent une obésité sévère se voient refuser l'accès à l'emploi. Et la situation ne s'améliore pas, bien au contraire. L'accès à l'assurance est également plus difficile et plus coûteux. En particulier, les assurances réclament généralement des surprimes aux personnes obèses et celles qui présentent un IMC supérieur à 30 se voient purement et simplement opposer un refus d'assurance. La HALDE a bien été saisie de certains dossiers mais ils n'ont pu jusqu'à présent aboutir en raison d'un défaut de base légale. Les personnes obèses ont aussi des difficultés d'accès aux soins et aux transports, notamment aériens. Les compagnies demandent parfois de payer deux places. L'accès aux salles de sport est souvent plus difficile que pour les personnes de poids moyen. De nombreux adhérents de l'association se sont vus refuser l'accès à des salles de sport. En revanche, pour l'adaptation des voitures aux personnes obèses, des efforts ont été faits. Un travail a également été engagé avec Norauto et Décathlon.

*

Réunion du 22 juillet 2008, 17 h 00

Audition de M. Bernard Reynès, député des Bouches-du-Rhône, vice-président du groupe d'études sur les fruits et les légumes de l'Assemblée nationale, et M. Bernard Piton, président de l'Agence pour la recherche et l'information en fruits et légumes frais (APRIFEL) et de l'Union nationale du commerce de gros en fruits et légumes (UNCGFL), Mme Sophie Le Mouël, responsable des affaires institutionnelles de l'Interprofession des fruits et légumes frais (INTERFEL), et Mme Saïda Barnat, responsable du département scientifique d'INTERFEL, et M. Philippe Comolet-Tirman, directeur marketing d'APRIFEL.

Synthèse de l'audition

Il faut éviter les pièges de la prévention de l'obésité et d'abord se mettre d'accord sur ce qu'on entend par obésité. Vise-t-on l'obésité légère ou seulement l'obésité pathologique ?

INTERFEL et APRIFEL sont des filières de produits frais qui ne travaillent pas avec les entreprises de l'industrie agroalimentaire. Celles-ci n'utilisent pas les mêmes variétés de produits et n'ont pas la même culture.

1. La consommation des fruits et légumes

Durant les vingt dernières années, la consommation de fruits et légumes frais a diminué de 20 à 25 %. Aujourd'hui, on observe plutôt une stabilisation. Les fruits et légumes supportent mal la compétition avec les produits transformés. Cela peut être en lien avec le cycle de vie des produits. Lorsqu'un produit est mis sur le marché, il y a d'abord une période de prospérité, ensuite une phase de stabilisation, puis une crise qui se traduit par une « déconsommation ». Les produits transformés se sont substitués, en partie, aux fruits et légumes. Mais le consommateur doit être conscient que quand il achète un plat surgelé, il ne perd pas de temps à le préparer mais qu'il paie cher ce gain de temps.

Les fruits et légumes frais produits en France subissent aussi la concurrence féroce des fruits et légumes importés, notamment d'Espagne.

Les campagnes, très médiatisées, menées par la Confédération paysanne de ventes directes, à Paris, sous la tour Eiffel, de fruits et légumes moins chers que dans les grandes surfaces dont elle dénonce les augmentations de prix, ont aussi tendance à créer une incompréhension sur le prix de ces produits chez les consommateurs.

2. La question du prix

Nos concitoyens se plaignent à juste titre du prix des fruits et légumes. Ce « surprix » s'explique par les frais de distribution des produits, cumulés tout au long de la chaîne allant du producteur au consommateur. Une salade fraîche vendue directement par le producteur vaut à peu près 0,15 euro et on peut la trouver à 1,50 euro chez le distributeur. Lorsque la salade est vendue à 0,40 euro par le producteur, elle est toujours à 1,50 euro chez le distributeur. Il y a donc un problème de prix dû au transport, à la centrale d'achat et aux sociétés intermédiaires. Mme Christine Lagarde ministre de l'économie, de l'industrie et de

l'emploi a décidé de s'engager sur la clarté des prix, sur leur « traçabilité », c'est-à-dire la décomposition du prix tout au long de la chaîne de distribution.

Mais, il est tout à fait possible d'acheter pour moins de 2 euros les 5 fruits et légumes conseillés par le PNNS.

En outre, les fruits et légumes frais sont vendus au kilo alors que les produits transformés sont vendus en portions. La compétition est sur ce point inégale. Il est envisagé de vendre les fruits à l'unité. La comparaison avec les produits transformés serait alors plus équilibrée. Les consommateurs pourraient constater qu'une pomme, par exemple, est moins chère qu'une barre de Mars.

Les consommateurs ont une approche imparfaite du prix des fruits et des légumes frais. Ils réagissent aux prix parfois élevés sans tenir compte des caprices de la météo qui se répercutent sur l'offre et donc sur les prix. Cette année, par exemple, la récolte de cerises a été catastrophique, ce qui explique qu'elles aient été si chères. Pourtant, un gâteau acheté 15 euros chez le pâtissier est plus cher que des cerises à 8 euros le kg. On observe aussi que les produits transformés qui se vendent le plus sont les produits de quatrième gamme, telles que les salades emballées.

On donne trop d'importance à la question du prix des fruits et légumes. Le prix des fruits et légumes n'est véritablement un problème que pour les personnes défavorisées.

Il faut développer l'éducation au prix et au goût.

3. L'apparence et le goût

L'apparence et le goût du fruit frais sont aussi des facteurs déterminants de la consommation. Les circuits de distribution courts et la distribution de proximité ont également un rôle important à jouer. On pourrait créer un abattement fiscal pour les distributeurs de proximité qui achètent leurs produits en circuit court. Ils pourraient ainsi vendre leurs produits moins chers. Le commerce de proximité participerait ainsi au développement durable.

Quelle que soit la chaîne de valeur qui accompagne le produit, celui-ci doit rester le même. Le consommateur va vite repérer le changement de goût même si le produit à la même apparence.

Le produit naturel, brut, correspond davantage au goût réel du produit que les produits transformés fabriqués par les entreprises de l'industrie agroalimentaire, lesquelles essaient pourtant de récupérer les messages diffusés dans les campagnes d'information du PNNS. Le facteur « goût et qualité » influe aussi sur le prix. Les fruits, par exemple, qui sont vendus aux consommateurs vont de durs à pourris. Il faut trouver des solutions pour éviter ces deux extrêmes. Mais, s'agissant de produits frais, fragiles et rapidement périssables, ce n'est pas facile.

4. La valorisation

L'évolution des modes de consommation a conduit à une perte de repères et au « désamour » des fruits et légumes. Les jeunes et les personnes défavorisées n'achètent pratiquement pas de fruits et légumes frais. Quand les consommateurs sont amenés à choisir entre les fruits et légumes frais et les produits transformés, les décisions qu'ils prennent sont le plus souvent favorables aux seconds.

Un des axes de travail de la profession est de faire prendre conscience de la valeur des fruits et légumes aux professionnels de la distribution et aux consommateurs. Il faut remettre en valeur les fruits et les légumes. Certains jeunes ne savent pas ce que c'est qu'une asperge ou une courgette. On pourrait, par exemple, ajouter une recette sur l'emballage du produit. Il faut aussi faire participer les professionnels à des campagnes comme « la semaine fraîche attitude » qui sont organisées par INTERFEL et APRIFEL.

Le conditionnement des produits est également important. On trouve maintenant des fruits dans des barquettes en plastique. Sur ce plan aussi, les fruits et légumes ont du mal à soutenir la concurrence des produits transformés même si les emballages utilisés pour ces derniers ne sont plus en règle avec la nécessité d'assurer un développement durable. Il faut faire des progrès en matière de *packaging* des fruits et légumes. Il faut aussi analyser les remarques des consommateurs appartenant aux différentes catégories socioprofessionnelles pour savoir ce qui ne va pas et améliorer les pratiques.

5. Les fruits et légumes à l'école

Il faut réunir certaines conditions pour réussir la distribution de fruits à l'école : il faut une certaine qualité, tenir compte des saisons et bien coopérer avec les producteurs. La consommation de fruits par les enfants à la cantine est un rendez-vous qu'il ne faut pas rater. Les enfants doivent avoir, dès le plus jeune âge, une perception positive des produits frais. Ils pourront ensuite être des vecteurs de promotion de la consommation de ces produits dans leur famille.

Les maires ont besoin de moyens financiers pour élaborer des programmes concernant les produits frais. Les fonds européens sont attendus par les collectivités territoriales pour améliorer le budget des cantines scolaires.

Dans la ration alimentaire, la salade et les fibres végétales doivent avoir une place plus importante que les protéines animales qui coûtent plus cher. Ramené au kilo, le prix des fruits et légumes est moins élevé que tous les autres produits utilisés dans les cantines. Il est donc important que les marchés de fruits et légumes des cantines scolaires soient soigneusement étudiés et négociés. L'expérience menée dans le département du Val-de-Marne consistant à promouvoir la consommation de fruits et légumes produits à proximité dans les cantines a été concluante à la fois en termes de qualité et de prix. Le coût de revient du repas dans les cantines qui ont suivi le programme fruits et légumes était de 1,80 euro contre 1,92 euro dans celles qui ne l'ont pas suivi.

6. L'accès aux fruits et légumes

Les filières de fruits et légumes frais mènent de plus en plus d'actions sur l'accession de ces produits aux personnes défavorisées en intervenant auprès des associations et organismes de réinsertion.

On peut faire des achats avec des tickets restaurants chez le pâtissier ou le charcutier mais pas dans les magasins de proximité qui vendent des fruits et légumes. Il faudrait étendre le droit à l'utilisation du chèque restaurant dans ces magasins. Il serait aussi souhaitable de mettre en place un ticket « fruits et légumes » pour les personnes défavorisées. Cela pourrait être une mesure efficace pour lutter contre l'obésité.

7. La publicité

La communication concernant les fruits et légumes frais et les produits transformés est très déséquilibrée. Les produits frais sont « noyés » dans l'ensemble de l'offre alimentaire et la publicité pour ces produits est également « noyée » dans la publicité pour les produits transformés par l'industrie agroalimentaire. Les investissements publicitaires pour les fruits et légumes représentent entre 1 % et 2 % de l'ensemble de la publicité alimentaire. Ainsi, les dépenses en publicité de Nestlé ou Danone sont trente à quarante fois plus importantes que celles pour les fruits et légumes. Dans ces conditions, il est difficile de renforcer l'attractivité des fruits et légumes pour créer la préférence.

Les messages diffusés par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) dans le cadre de la campagne sur les « 5 fruits et légumes par jour » ont été utiles. Mais il faut donner des repères plus simples, comme par exemple : « à chaque fois que l'on mange, la moitié de l'assiette doit être composée de fruits ou légumes. »

Le bandeau d'information de l'INPES sur les repères nutritionnels du PNNS (« Manger, bouger »...) mentionné en bas des messages publicitaires pour les produits alimentaires transformés est également utile mais n'est pas toujours bien perçu par les consommateurs.

Il serait préférable de prévoir la mise à disposition gratuite par les chaînes de télévision d'espaces publicitaires pour la diffusion de messages d'intérêt général, à l'instar des « *public service announcements* » diffusés aux États-Unis et au Canada, par exemple pour lutter contre les maladies cardio-vasculaires.

*

Réunion du 23 juillet 2008, 9 h 00

Audition de M. Arnaud Basdevant, chef du service nutrition, pôle d'endocrinologie-diabétologie-nutrition-métabolisme à l'hôpital Pitié-Salpêtrière, M. Serge Herberg, professeur de nutrition à la faculté de médecine Paris 13 – hôpital Avicenne, directeur de l'U557 Inserm/Inra/Cnam et de l'Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (USEN), Invs/Cnam/Paris 13, vice-président du comité stratégique du Programme national nutrition santé (PNNS), M. Frédéric Guin, directeur économique et financier de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Synthèse de l'audition

Il ne faut pas séparer la nutrition et l'obésité et il ne faut pas non plus réduire la nutrition à l'obésité. Mais l'obésité fait partie de la nutrition.

Les études réalisées par l'Université de la Sorbonne sur les discriminations montrent que les personnes obèses sont stigmatisées et sont victimes de discriminations, autant que les personnes âgées et les femmes maghrébines.

1. L'évaluation du programme national nutrition santé (PNNS)

Le PNNS 1 a fait l'objet d'une évaluation en 2006-2007.

Les enquêtes ENNS et INCA 2 menées par l'Institut national de veille sanitaire (INVS) et l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) montrent qu'il n'y a pas d'évolution favorable de la prévalence de l'obésité chez les adultes et qu'il y a une stagnation de la prévalence – mais pas de régression – chez les enfants et les adolescents. Les résultats sont encourageants pour ce qui concerne les enfants mais la prévalence reste à un niveau élevé. En outre, dans les milieux défavorisés, où la prévalence de l'obésité est très élevée, celle-ci continue d'augmenter. Il y a une véritable fracture nutritionnelle et celle-ci s'accroît.

Les orientations du PNNS sont bonnes mais les financements prévus pour sa mise en œuvre pourraient être plus importants.

2. La prise en charge de l'obésité

Il faut renforcer les moyens affectés au dépistage et à la prise en charge de l'obésité. Le dépistage est généralement effectué trop tard. Il faut organiser un dépistage plus précoce.

Pour ce qui concerne la prise en charge, il faut distinguer les populations selon qu'elles présentent un IMC supérieur ou non à 40. Les personnes qui ont un IMC supérieur à 40 nécessitent une prise en charge spécifique et la mise en place d'une organisation et de moyens matériels adaptés. Cette prise en charge peut entraîner des coûts de traitement plus importants.

Cela suppose d'organiser des consultations spécialisées dans les hôpitaux. Actuellement, il n'existe pas de structures adaptées de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) pour les personnes qui présentent une obésité massive. Rien n'est prévu pour les

femmes enceintes qui pèsent 140 kg, par exemple. De même, les centres très spécialisés ne peuvent pas prendre en charge ces personnes. Ces malades sont même souvent refusés dans les services de soins de suite et de réadaptation (SSR). Ainsi, il n'est pas possible de faire prendre en charge une personne de 135 kg dans un centre de rééducation.

Les moyens de transports ambulanciers ou d'urgence ne sont pas non plus adaptés à la prise en charge de ces malades. Il faudrait prévoir au moins un véhicule adapté au niveau transrégional.

12 à 15 % des personnes accueillies dans les hôpitaux sont obèses et les personnes très obèses qui ont un IMC supérieur à 40 représentent environ 1 % de la population. Les personnes extrêmement obèses représentent 0,5 % de la population.

La tarification hospitalière ne prend pas en compte les surcoûts pour la prise en charge des personnes obèses. Par exemple, aucun financement n'est prévu pour l'emploi de diététiciens et de psychologues dans les services de MCO et pour les consultations spécialisées. Ce problème de financement et de tarification concerne surtout les personnes très obèses qui représentent 1 % de la population et nécessitent une prise en charge spécifique. Il faut adapter la tarification à la prise en charge de ces personnes.

Les salles de réanimations ne sont pas davantage adaptées pour accueillir ces patients et cela est très mal perçu par les soignants. Il faut prévoir des lits, des fauteuils roulants, des brancards adaptés. Il faut aussi que les malades soient accompagnés par un personnel accueillant et spécialement formé.

Il faut donc créer une architecture de soin et une prise en charge spécialement adaptée aux patients les plus corpulents. Cela suppose un centre expert par région, des centres intermédiaires, des lieux où l'on peut orienter les personnes et des organisations où peut s'effectuer la prévention – primaire, secondaire et tertiaire – hors de l'hôpital. Il faut aussi organiser la prise en charge de ces malades en aval de l'hôpital et adapter les services de soins de suite et de réadaptation pour leur permettre d'accueillir ces malades.

Dans le cadre du plan cancer, un certain nombre d'outils et de procédures ont été mis en place dont on pourrait s'inspirer pour organiser le parcours de soin des patients obèses.

Lorsque les patients se présentent en consultation, en ville, les médecins généralistes sont très mal à l'aise à la fois en raison du temps que nécessite la prise en charge d'une personne obèse et d'un manque de formation. Il est donc nécessaire d'améliorer la formation des médecins généralistes pour leur permettre de mieux prendre en charge les personnes obèses. Il faut aussi rendre les choses plus simples pour le médecin généraliste. La Haute Autorité de santé devrait établir des recommandations pour la prise en charge des personnes obèses en médecine de ville. Compte tenu de l'évolution de la démographie médicale, on peut aussi envisager certaines délégations de tâches.

Par ailleurs, les médecins de ville et les patients obèses doivent pouvoir recourir à des relais extérieurs qu'il faut organiser. Souvent, à la sortie de l'hôpital, les personnes obèses ne savent pas où aller et à qui s'adresser pour pratiquer des activités physiques. À l'hôpital Pitié-Salpêtrière des relais permettent l'encadrement de la pratique de certaines activités sportives, comme l'aquagym. Des dispositifs identiques ont été mis en place dans le cadre du plan cancer. Beaucoup de mutuelles réfléchissent à des projets dans ce domaine.

Il faut également mettre en place des ressources et des supports en matière de prise en charge diététique et psychologique. Il serait aussi souhaitable d'organiser, au niveau régional, des réseaux d'acteurs spécialisés, identifiés et identifiables par les professionnels de santé et les patients. Les maisons de santé pluridisciplinaires pourraient jouer ce rôle d'interface entre la ville et l'hôpital.

L'obésité est un problème chronique lié à l'environnement qui devient une maladie organique. Mais elle ne peut pas être considérée, en tant que telle, comme une affection de longue durée (ALD). Cela serait contreproductif. L'accès au régime des ALD est par contre légitime pour les personnes obèses qui ont des maladies associées permettant d'y prétendre.

Par ailleurs, il est souhaitable de sortir de la situation anarchique actuelle dans laquelle n'importe qui (« médecins gourous »...) peut délivrer des conseils diététiques ou nutritionnels, dans les médias ou sur Internet, qui viennent contredire les messages nutritionnels de santé publique.

Depuis longtemps, il est demandé la création d'un statut pour les diététiciens et les nutritionnistes. Dans cette perspective, il faut mettre en place des formations pour les diététiciens et les nutritionnistes qui s'intègrent dans le cursus LMD et un droit de prescription.

3. La télévision et la publicité pour les produits alimentaires

Le retrait de la publicité télévisée des émissions pour enfants serait une mesure complémentaire et cohérente avec la politique menée. Mais la concertation engagée dans ce domaine n'a pu aboutir, en raison de la mauvaise volonté de l'industrie agroalimentaire qui a pratiqué la politique de la « chaise vide ».

Le retrait des confiseries des caisses des magasins d'alimentation serait également une mesure complémentaire cohérente.

Il faut être attentif à la représentation de l'image du corps dans les médias et la publicité. La télévision est en effet beaucoup regardée par les personnes les plus vulnérables.

4. PNNS et EPODE

Le développement du programme EPODE, parallèlement au programme national nutrition santé pose des problèmes. Cela peut créer une confusion dans les esprits et générer une concurrence qui pourrait être dommageable. Il ne faut pas oublier que le programme EPODE bénéficie de financements privés provenant de certaines grandes entreprises de l'industrie agroalimentaire et vend ses services aux villes.

Par ailleurs, on estime que la circulaire de 2001 sur la restauration scolaire est appliquée par, environ, la moitié des établissements. Un décret est en préparation sur ce sujet.

Réunion du 23 juillet 2008, 10 h 00

Audition de M. Michel Boyon, président du Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA), Mme Michèle Reiser, conseiller en charge des télévisions nationales privées gratuites, de la publicité, de la musique, du parrainage et du téléachat, M. Arnaud Decker, directeur des études et de la prospective, et Mme Maryse Brugière, directrice des programmes.

Synthèse de l'audition

La publicité pour les produits alimentaires à la télévision représente 1,5 milliard d'euros, soit environ 23 % du total des recettes publicitaires des chaînes. La publicité alimentaire est donc une source de financement très importante pour les chaînes.

Dans une tranche de deux heures d'émissions jeunesse, 11 minutes sont consacrées à la publicité et sur 38 messages diffusés, 11 concernent des produits alimentaires.

Le CSA a émis des réserves sur la limitation de la publicité pour les produits alimentaires sur les chaînes de télévision dans les émissions jeunesse. Il donne plutôt la préférence à une solution alternative qui consisterait en des engagements éditoriaux des chaînes à prendre en compte la préoccupation d'équilibre nutritionnel dans leurs programmes. Cela consisterait à intégrer dans les émissions, elles-mêmes, les axes de communication des messages sanitaires. Les cahiers des charges des chaînes pourraient être renforcés dans ce sens. Ce serait préférable à des dispositions réglementaires. La démarche concertée et d'adhésion volontaire donne de bons résultats. Cela a bien marché pour ce qui concerne la lutte contre le tabac et la lutte contre la drogue. En outre, compte tenu du volume d'ensemble de la publicité et du grand nombre de messages diffusés sur les chaînes, le CSA considère qu'il faut mettre en perspective le rôle de la publicité télévisée dans l'augmentation de l'obésité et qu'il faut prendre en compte tous les facteurs de risque.

À la suite de l'annonce, le 4 février 2008, par Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, de son souhait de mener une concertation sur l'encadrement de la publicité pour certains aliments diffusée pendant les programmes télévisés pour enfants, et compte tenu de la perspective d'une éventuelle suppression de ladite publicité en cas d'échec de la concertation, le CSA a dressé un état des lieux de la façon dont les chaînes mettent en œuvre l'obligation d'insérer des informations à caractère sanitaire dans les publicités diffusées dans les programmes jeunesse. Le CSA a aussi effectué une première estimation des conséquences sur le secteur audiovisuel que pourrait entraîner la suppression des publicités alimentaires dans la tranche 7h-22h.

Le CSA a ainsi observé que la nouvelle obligation concernant la mention du message sanitaire de l'INPES a été bien respectée. Les chaînes ont même été au-delà de ce qui leur était demandé.

En effet, en plus de l'obligation d'apposer un bandeau d'informations à caractère sanitaire dans leurs messages publicitaires télévisés, les chaînes se sont engagées, de manière volontaire, à inclure un message sanitaire sous forme orale et visuelle dans les génériques d'annonce des plages publicitaires contenant des publicités concernées par l'obligation et diffusées aux heures d'écoute privilégiée des jeunes enfants. Certaines chaînes diffusent aussi des programmes courts axés sur la nutrition ou la cuisine, comme France 3 avec « le

Petit Céléstin », Gulli avec « La cuisine avec Luis » ou France 5 avec « La cuisine est un jeu d'enfant ».

Le CSA n'a pas trouvé d'exemple d'émission qui valorise la mauvaise nutrition et décourage la pratique des activités sportives.

Plusieurs pays ont interdit la publicité pour les produits alimentaires dans les émissions jeunesse, selon des modalités différentes. La Suède l'a complètement interdite. Le Royaume-Uni a interdit la publicité pour les produits riches en gras ou sucre. En Belgique, la publicité est interdite 5 minutes avant et 5 minutes après les émissions jeunesse. En Italie, la publicité est interdite autour des dessins animés. Le Luxembourg a aussi pris une mesure d'interdiction.

En France, des tarifs réduits sont appliqués par les chaînes pour les achats d'espaces concernant les campagnes de santé publique relatives à la nutrition. L'interdiction de la publicité pour les produits alimentaires dans les programmes jeunesse aurait des conséquences qu'il faut bien mesurer pour les chaînes. Cela aurait un impact direct sur les finances des chaînes ainsi que sur la production audiovisuelle et cinématographique, laquelle est de plus en plus exposée à la concurrence internationale.

Il semble important de respecter la liberté éditoriale des chaînes. Le CSA estime en effet qu'il est préférable de donner une image positive des émissions jeunesse et de favoriser le dialogue et la concertation entre le CSA, les chaînes, les scénaristes et les producteurs.

Cependant, il pourrait être envisagé de mentionner dans les cahiers des missions et des charges des chaînes publiques et dans les conventions des chaînes privées que les chaînes doivent prendre en compte l'objectif d'équilibre nutritionnel. Par ailleurs, le groupe de travail sur « la diversité » qui a été créé, au mois de janvier 2007, par le CSA pourrait prendre en compte dans ses travaux la question de l'obésité et de la représentation corporelle dans les médias audiovisuels.

En outre, le CSA pourrait prendre une délibération sur l'éducation sanitaire dans laquelle la nécessité de promouvoir l'équilibre alimentaire serait soulignée. Il conviendrait d'en appliquer les recommandations aux services fournis à la demande par les médias audiovisuels et le placement de produits que la loi récente transposant la modification de la directive « télévisions sans frontières » a placés sous le contrôle du CSA.

*

Réunion du 10 septembre 2008, 8 h 30

Audition de Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.

Synthèse de l'audition

La lutte contre l'obésité est une priorité du gouvernement. C'est un enjeu de santé publique et d'égalité des chances. L'obésité est un marqueur social et géographique. Chez les populations défavorisées, la prévalence de l'obésité s'élève à 30 %. Elle est particulièrement élevée dans le Nord-Pas-de-Calais par exemple, notamment chez les enfants de moins de cinq ans. Cet indicateur est d'ailleurs souvent corrélé avec l'espérance de vie. Par ailleurs, près d'un étudiant sur trois reconnaît manger de manière déréglée.

La lutte contre l'obésité doit être menée sur plusieurs terrains à la fois. Le gouvernement se félicite que les travaux de la mission d'information sur la prévention de l'obésité viennent en appui de l'action du gouvernement.

Le Programme national nutrition santé (PNNS), grâce à une bonne coordination du ministère de la santé avec les autres ministères, a déjà permis de réaliser certaines avancées. Mais il faut aller plus loin.

Il faut une approche pluridisciplinaire qui mobilise tous les acteurs. Dans cette logique, les départements peuvent désormais conclure des chartes PNNS. À ce jour, trois départements en ont signé. Le département de la Moselle a été le premier à s'engager ; la Haute-Saône et la Vendée ont aussi conclu une charte au mois d'août dernier. Les associations doivent aussi être mobilisées et associées à la mise en œuvre du PNNS. 60 d'entre elles sont habilitées à utiliser le logo PNNS.

En matière d'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments, il est proposé aux entreprises de l'agroalimentaire de signer des chartes d'engagement nutritionnel. Six grandes entreprises l'ont déjà fait. Par ailleurs, l'Observatoire de la qualité des aliments qui a été mis en place au mois de février dernier a une mission de veille, d'alerte et d'évaluation de la qualité nutritionnelle des aliments et d'observation des prix. Il viendra appuyer la mise en œuvre du PNNS.

En matière de communication et d'information, il y a beaucoup à faire. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a d'ores et déjà diffusé 25 millions de guides sur la nutrition à destination des différents publics : femmes enceintes, jeunes, adultes, personnes âgées.

Les campagnes concernant la nutrition et la lutte contre l'obésité représentent le troisième poste de dépenses de l'INPES après la lutte contre le SIDA et la lutte contre le tabac.

Un bilan sur la taxe de 1,5 % sur la publicité sera présenté à la fin de l'année.

Mais il faut aller plus loin.

Il faut améliorer les habitudes alimentaires et développer la pratique d'activités physiques. Cela est d'ailleurs rendu plus facile depuis que le champ de compétence du ministère a été étendu au sport. Mais, l'expérience des différentes politiques de santé publique, comme celles sur le Sida ou la contraception, montre qu'il faut adapter les messages en fonction des différentes cibles que l'on souhaite toucher. Il faut aussi éviter de stigmatiser les personnes en surcharge pondérale. Globalement, les messages sont bien reçus mais on observe une certaine banalisation de ceux-ci. En outre, le bandeau de communication diffusé dans les publicités peut être une source de confusion.

En ce qui concerne la formation des professionnels de santé en matière de nutrition, le rapport du Professeur Ambroise Martin sera remis prochainement au gouvernement.

Par ailleurs, il faut développer le dépistage précoce, en particulier à l'école. La médecine scolaire et la Protection maternelle et infantile doivent être mobilisées sur ce thème.

Il faut aussi améliorer la qualité des repas dans les cantines scolaires. Un groupe de travail interministériel réfléchit à la possibilité d'un texte plus contraignant concernant l'équilibre nutritionnel des repas en restauration collective qui viendrait se substituer à la circulaire du 25 juin 2001 et aux recommandations de mai 2007 du Groupe d'étude des marchés de restauration collective et de nutrition (GEMRCN).

Les enfants peuvent aussi jouer un rôle de transmetteur de la bonne information nutritionnelle au sein de la famille. Il faut encourager ce mouvement.

En ce qui concerne la publicité télévisée pour les produits alimentaires dans les programmes destinés aux enfants, le gouvernement en appelle à la responsabilité des médias, des industriels de l'agroalimentaire et des annonceurs.

Le gouvernement leur a proposé, initialement, de s'inscrire dans une démarche volontaire. Cela pourrait être pour eux un moyen d'améliorer leur image. Mais les propositions qui ont été présentées ne sont pas à la hauteur de ce qui était attendu. Il a alors été demandé à Mme Christine Albanel, ministre de la culture et de la communication, de poursuivre la concertation avec les acteurs concernés.

Le Conseil supérieur de l'audiovisuel a calculé le manque à gagner pour les chaînes qui pourrait résulter de la suppression de la publicité pour les produits alimentaires dans les programmes jeunesse. Mais le chiffrage qu'il a effectué n'est pas réaliste puisqu'il a fait un calcul du manque à gagner en cas de suppression de la publicité pour lesdits produits entre 7 heures du matin et 22 heures. Or, cela n'a jamais été envisagé par le gouvernement.

S'agissant du retrait des confiseries des caisses, il a également été proposé une démarche volontaire aux représentants de la distribution. Il leur a été proposé la signature d'une charte. Pour l'instant, aucune enseigne n'a souhaité s'engager dans cette démarche. Seuls les établissements Leclerc ont, spontanément, retiré les confiseries des caisses. Il faut saluer ce geste. Cela permettra de procéder à une première évaluation.

Par ailleurs, la promotion des activités sportives est une priorité. Cela passe notamment par le développement du sport à l'école. L'élargissement du périmètre du ministère est en cohérence avec cette approche globale de la nutrition et de l'activité physique qu'il faut impulser, en particulier dans le cadre scolaire. Le Centre national pour le développement du sport (CNDS) finance le programme de développement du sport. L'accent est mis sur les jeunes des quartiers défavorisés. Cette action s'inscrit dans le cadre du plan

présenté récemment par Mme Fadela Amara, secrétaire d'État chargée de la politique de la ville, concernant les banlieues. Par ailleurs, une réflexion est en cours avec le ministère de l'éducation concernant l'augmentation du nombre d'heures de sport à l'école.

Il faut aussi agir pour modifier les habitudes alimentaires. La question, souvent évoquée, du prix des fruits et légumes est en général un faux problème. Quand on regarde le contenu des caddies, on remarque qu'ils contiennent souvent des produits transformés qui ne sont pas forcément meilleur marché que les fruits et légumes. Les achats qui sont faits résultent parfois davantage d'habitudes culturelles que de contraintes de pouvoir d'achat. Il faut que chacun s'habitue à acheter des produits de saison. Le ministère de la santé mène avec le ministère de l'agriculture et avec le concours des collectivités territoriales une action pour promouvoir la consommation de fruits et légumes dans 1 000 écoles où sont distribués gratuitement des fruits et légumes.

On pourrait aussi inciter au développement des jardins familiaux.

Il faut en outre inciter à limiter la consommation de produits gras. Le rapport établi par l'Inspection générale des finances et l'Inspection générale des affaires sociales à la demande du gouvernement sur la faisabilité d'une taxe nutritionnelle ouvre des pistes intéressantes. Il propose d'augmenter les droits d'accises sur les boissons sucrées et de revoir l'avantage fiscal que constitue l'application du taux de TVA à taux réduit sur les produits gras et sucrés. Le principe est intéressant, mais il faut bien étudier les éventuels effets pervers d'une telle mesure. L'éventuelle application à l'ensemble de la population entraînerait inévitablement des répercussions sur le pouvoir d'achat.

Par ailleurs, le projet de loi Hôpital-santé-patients-territoires prévoit de donner des possibilités nouvelles aux agences régionales de santé (ARS) pour organiser la prévention et l'offre de soins. Les nouveaux modes de rémunération qui ont été prévus par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 pourront aussi être utilisés dans cette logique. C'est nécessaire si l'on souhaite développer une approche populationnelle. C'est compliqué à mettre en œuvre, mais cela progresse.

En ce qui concerne l'amélioration de la prise en charge des personnes obèses, il avait été initialement prévu de mettre en place 8 pôles interrégionaux de référence. Il est désormais prévu la mise en place de 31 pôles de référence dans 31 CHU. À cet effet, un financement de 4 millions d'euros a été prévu en 2007. Il est aussi prévu de développer des réseaux de prise en charge pluridisciplinaire.

Mais l'obésité n'est, en aucun cas, une maladie ni, bien sûr, pas davantage une affection de longue durée. C'est un facteur de risque de plusieurs maladies. D'ailleurs, dans ses recommandations, la Haute Autorité de santé préconise de sortir les facteurs de risque des affections de longue durée.

Pendant, la version 11 de la tarification à l'activité, qui devrait être applicable en 2009, prendra en compte la prise en charge de l'obésité et les surcoûts qui y sont associés, notamment en cas d'interventions chirurgicales. Quatre niveaux de sévérité devraient être prévus. Ils concerneront notamment les patients qui présentent une obésité massive ($IMC \geq 40$) ou morbide ($IMC \geq 50$). Des financements pourront aussi être prévus dans le cadre des dotations relatives aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), notamment pour financer les équipes spécialisées dans la prise en charge des patients obèses dans les CHU pôles de référence. Les surcoûts associés à la prise en charge des patients obèses seront ainsi financés par l'intermédiaire des tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS) et des MIGAC. La nouvelle tarification des services de soins de

suite et de réadaptation (SSR) qui est en cours d'élaboration prendra également en compte la prise en charge des patients obèses dans ces services.

L'éducation thérapeutique du patient doit aussi être développée. Le rapport qui vient d'être remis à ce sujet par M. Christian Saout, président du collectif interassociatif sur la santé (CISS) et les professeurs Bernard Charbonnel et Dominique Bertrand ouvre des pistes intéressantes. Les agences régionales de santé (ARS) auront un rôle majeur à jouer pour l'organiser. Elles pourront notamment mettre en place et labelliser des équipes chargées de la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité, associant des professionnels de santé, du sport et des associations, ces dernières pourront d'ailleurs jouer un rôle important dans ce domaine.

En réponse à une question de la Présidente concernant l'allongement de la durée du congé de maternité pour favoriser l'allaitement maternel, la ministre a indiqué que la durée du congé de maternité pour les ressortissants du régime des exploitants agricoles et du régime des travailleurs indépendants venait d'être alignée sur celle du régime général de sécurité sociale et, en conséquence, allongée de deux semaines. Par ailleurs, les dispositions relatives aux grossesses pathologiques applicables dans le régime général viennent aussi d'être étendues aux ressortissants du régime des non salariés agricoles. L'étude de la proposition d'allongement du congé de maternité relève de la compétence du ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité et de la secrétaire d'État chargé de la famille. À ce stade, il y a lieu d'être très réservé concernant cette idée. Il faudrait évaluer soigneusement l'impact que cet allongement pourrait avoir. Cela pourrait favoriser l'éloignement des femmes du travail, ce qui n'est pas souhaitable. En outre, l'allongement du congé de maternité de deux semaines représenterait un coût de 7 millions d'euros par an pour la sécurité sociale.

Le programme « Ensemble prévenons l'obésité » (EPODE) est un programme privé qui est développé parallèlement au PNNS. EPODE est financé par certaines entreprises de l'industrie agroalimentaire. C'est un programme qui est payant pour les communes qui acceptent d'y participer. Le coût de la mise en œuvre du programme est d'environ 2 euros par habitant : 1 euro est financé par le privé et 1 euro est apporté par la ville. C'est donc assez coûteux pour les villes, alors que la participation au PNNS est gratuite. Certains maires, qui sont démarchés, se plaignent d'ailleurs des méthodes commerciales, assez agressives, des promoteurs d'EPODE. En outre, la participation à EPODE nécessite de s'engager pour cinq ans. Les communes et les départements sont libres de leurs décisions mais force est de constater que cette initiative crée une certaine confusion.

En réponse à une question de la Présidente, la ministre a indiqué qu'elle soutiendrait toute initiative visant à faire de la promotion de l'équilibre nutritionnel et de la lutte contre l'obésité une grande cause nationale. Mais la décision sur ce point relève du Président de la République.

*

Réunion du 10 septembre 2008, 10 h 00

Audition de M. Sébastien Pérochain, directeur des affaires publiques de McDonald's France, et M. Serge Michels, directeur général de Protéines, expert en sécurité alimentaire et nutrition.

Synthèse de l'audition

McDonald's est une des dix marques les plus visibles et les plus connues dans le monde. La société McDonald's France est une filiale du groupe américain McDonald's mais elle est implantée en France. La société McDonald's France regroupe 276 franchises qui sont représentées dans 840 villes, sur tout le territoire. McDonald's emploie 47 000 salariés, pour la plupart sous contrat à durée indéterminée, et il s'agit d'emplois non délocalisables.

McDonald's est un lieu de restauration familiale et conviviale. 95 % des visites ont lieu aux heures des repas. La majorité des clients viennent chez McDonald's en famille. Mais 55 % des produits vendus sont emportés et ils sont souvent mangés au domicile des acheteurs, aussi en famille. En moyenne, les enfants de moins de 12 ans viennent manger chez McDonald's une fois toutes les trois semaines. Les adultes y viennent en moyenne une fois par mois. Le prix moyen du plateau-repas s'élève à 8 euros. On peut ainsi affirmer que la culture de McDonald's est soluble dans la culture française.

L'activité de McDonald's est souvent victime de caricatures. Il faut réfuter les accusations s'agissant du lien de cause à effet qui pourrait exister entre la consommation des produits proposés par McDonald's et le développement de l'épidémie d'obésité.

La société McDonald's a, en tant que restaurateur, des responsabilités qu'elle entend pleinement assumer.

McDonald's met en œuvre une politique d'achat local : 75 % des matières alimentaires qui sont utilisées dans les restaurants McDonald's en France sont produits en France.

En outre, depuis cinq ans, la société McDonald's travaille avec la société Protéines dans le but d'améliorer la qualité nutritionnelle de son offre de produits. McDonald's poursuit un triple objectif de diversification de son offre de produits et de menus, d'amélioration du profil nutritionnel des composants des menus et d'amélioration de l'information nutritionnelle sur les produits qu'elle propose. McDonald's considère aussi que sa responsabilité de restaurateur lui impose de veiller, en permanence, à assurer la sécurité alimentaire de son offre de produits.

Ces dernières années, McDonald's a beaucoup travaillé pour faire évoluer son offre de menus enfants. Désormais, les apports caloriques de plus de la moitié des menus proposés pour les enfants ne dépassent pas le tiers des apports journaliers recommandés. Depuis un an, des petites tomates et des morceaux d'ananas ont été ajoutées dans certains menus. Ces innovations ont rencontré davantage de succès que l'ajout de carottes à croquer. La boisson Ice tea qui est maintenant proposée dans les magasins McDonald's et comporte 40 % de calories en moins que dans le Coca-Cola normal se vend bien. La teneur de certaines sauces en lipides a été réduite de moitié. Il faut aussi préciser que le sandwich Big Mac vendu en

France comporte 100 kcal de moins qu'aux États-Unis. Le volume des boissons est également moins important en France qu'aux États-Unis.

McDonald's prend en compte la dimension sociétale de son activité et s'adapte à la demande sociale locale. La préoccupation de lutte contre l'obésité n'est pas la même aux États-Unis est en France. Elle est plus forte en France. McDonald's prend en compte les attentes des pouvoirs publics et des consommateurs.

L'ajout de fruits dans les menus n'est pas facile. Il faut assurer un approvisionnement constant, en quantité et en qualité, dans des conditions de prix acceptables. Il faut aussi assurer la conservation des fruits proposés prêts à être consommés dans une présentation facile d'utilisation et attractive pour les clients.

En outre, la politique agricole commune (PAC) n'est pas favorable aux fruits et légumes puisque 60 % des aides distribuées dans le cadre de la PAC sont affectées au soutien de la production d'huile, de lait, de beurre et de farine et seulement 2,6 % aux filières de production de fruits et légumes. Les produits alimentaires sont ainsi financés à environ 50 % par la PAC, sauf les fruits et légumes. C'est ainsi que l'on peut trouver des mandarines vendues trente fois plus chères qu'un gâteau au chocolat.

Il y a pourtant un véritable attrait de la clientèle pour les produits de « quatrième gamme », c'est-à-dire les végétaux crus prêts à l'emploi, comme les fruits, lorsqu'ils sont bien présentés et faciles à consommer. McDonald's poursuivra ses efforts pour mieux valoriser les fruits et légumes dans ses menus. Il faut travailler sur la praticité de la consommation et le caractère ludique des présentations. Mais, bien évidemment, l'ajout de « service » dans le produit pousse le prix à la hausse.

En moyenne, un repas pris chez McDonald's représente environ 1 000 kcal, soit à peu près la même quantité qu'un repas préparé à domicile. Un menu enfant traditionnel composé d'un steak haché, d'une purée et d'un « petit-suisse » représente 524 kcal, soit pratiquement le même nombre de kcal que pour un menu enfant servi chez McDonald's composé d'un burger, d'une « petite frite », d'un Coca-Cola et d'un sachet de fruits.

McDonald's pense que, pour lutter contre l'obésité, il faut mener, en même temps, des actions en matière de nutrition et pour développer l'activité physique. C'est dans cette logique que McDonald's cherche aussi à développer l'activité chez les enfants. Dans 80 % des restaurants il y a une aire de jeu ou de sport. 22 restaurants mettent à la disposition des enfants un terrain de sport. McDonald's organise aussi le « *Kids iron tour* » et, en partenariat avec le Centre national de développement du sport (CNDS), le « *McDonald's sport tour* ». 60 % des franchises McDonald's sponsorisent des opérations visant à favoriser le développement d'activités physiques au plan local. McDonald's a aussi été l'un des principaux sponsors des derniers jeux olympiques.

Par ailleurs, McDonald's a exercé sa responsabilité d'annonceur en décidant, volontairement, au mois de mars 2007, de ne plus faire de publicité dans les émissions jeunesse. McDonald's a aussi engagé une réflexion concernant sa façon de faire de la publicité et notamment pour mieux distinguer la publicité des programmes.

Dans certaines villes, le restaurant McDonald's a remplacé le bistrot de quartier. McDonald's est en effet souvent le seul lieu ouvert le soir où peuvent se retrouver les jeunes, ce qui permet de maintenir le lien social.

McDonald's a déjà fait beaucoup d'efforts pour améliorer son offre de menus. Elle a fait aussi le choix de s'engager dans la démarche des chartes d'engagements nutritionnels. McDonald's a présenté un projet à la commission Renaudin qui est chargé de la validation des chartes. Malheureusement, en dépit des sept engagements pris par McDonald's (sur la publicité, sur la réduction de la teneur en sel, et pour les sauces, de la teneur en lipides...) et des modifications apportées au projet initial, la commission refuse toujours d'octroyer sa validation. Cinq chartes ont déjà été validées par la commission Renaudin et le ministère de la santé. Le refus qui est opposé à McDonald's est regrettable. Il peut, certes, paraître plus délicat de valider une charte d'un restaurateur qui propose des menus composés d'un ensemble de produits travaillés différents que de valider une charte concernant des produits transformés prêts à la vente. Mais cela laisse penser que les pouvoirs publics ne veulent pas valider la charte pour ne pas donner le sentiment qu'il apporte leur soutien à un restaurateur de *fast food*.

*

Réunion du 10 septembre 2008, 11 h 30

Audition de M. Axel Poniatowski, président de la commission des affaires étrangères de l'Assemblée nationale sur sa proposition de loi n° 532 relative à la prévention de l'obésité infantile.

Synthèse de l'audition

M. Axel Poniatowski a présenté sa proposition de loi.

L'évolution de l'obésité en France est identique à celle qui a été observée aux États-Unis, avec vingt-cinq ans de décalage. L'obésité coûte environ 10 milliards d'euros aux finances sociales. Les personnes obèses ont en effet des consommations de soins plus élevées que la moyenne des Français. Les conséquences sanitaires de l'obésité sont nombreuses et elles ont des répercussions importantes sur la vie sociale des personnes concernées.

La lutte contre l'obésité infantile doit donc être une priorité. Or, l'on connaît l'impact que peuvent avoir les publicités pour les produits alimentaires sur les enfants. Trois quarts des enfants disent préférer les produits promus par la publicité télévisée et 80 % des parents achètent les produits promus et demandés par les enfants. Il faut donc agir pour limiter l'impact de la publicité alimentaire chez les enfants.

La proposition de loi a été cosignée par 170 députés membres du groupe UMP. Elle prévoit la suppression de la publicité pour les produits à forte teneur en sucres et gras dans les programmes à forte audience d'enfants et d'adolescents.

Le dispositif proposé pourrait être repris sous forme d'amendement à l'occasion de la discussion de l'un des prochains projets de loi à caractère social.

*

ANNEXE N° 4

DÉPLACEMENT DE LA MISSION À MARSEILLE

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES LE 12 SEPTEMBRE 2008

- **Association des diététiciens de langue française (ADLF)** – Mme Florence Rossi-Pacini, présidente, diététicienne, cadre supérieur de santé
- **Fédération nationale d'éducation pour la santé (FNES)** – M. le professeur Jean-Louis San Marco, président
- **Comité régional d'éducation pour la santé (CRES) de Provence-Alpes-Côte d'Azur** – Mme Zeina Mansour, directrice
- **AP-HM – Hôpital Sainte-Marguerite de Marseille** – M. le professeur Denis Raccah, nutritionniste et endocrinologue, chef de l'unité thérapeutique dédiée à la prise en charge de l'obésité
- **Faculté de médecine de la Timone**, UMR INRA 1260 / INSERM 476 / Universités Aix-Marseille I et II, nutriments lipidiques et prévention des maladies métaboliques – Mme Nicole Darmon
- **Institut national de la recherche agronomique (INRA) de Marseille** – Mme Marie-Joséphine Amiot-Carlin, directrice de recherche
- **Les Ateliers santé ville de Marseille** – M. Philippe Barraize, directeur de la santé publique de la ville de Marseille, et M. Didier Febvrel, médecin territorial, chargé de projet nutrition et des Ateliers santé ville, correspondant PNNS pour la ville de Marseille
- **Faculté de médecine Grange-Blanche de Lyon** – M. le professeur Ambroise Martin, spécialiste de la législation européenne en matière d'étiquetage, d'allégation et de profils nutritionnels

Déplacement de la mission d'information à Marseille, le 12 septembre 2008

9 h 00 : Réunion sur la diététique et la formation au métier de diététicien, enjeu et objectifs, avec Mme Florence Rossi-Pacini, cadre supérieur de santé, diététicienne, ancienne présidente de l'Association des diététiciens de langue française (ADLF)

Synthèse de l'audition

Actuellement, il n'existe pas de diplôme de nutritionniste reconnu par l'État. Il n'existe pas davantage de spécialité médicale reconnue de nutritionniste. Cependant, afin de mieux sécuriser la profession de diététicien et le conseil en nutrition, l'Association des diététiciens de langue française (ADLF) va se transformer en Association française des diététiciens et nutritionnistes. Cette dénomination sera plus explicite.

La loi du 30 janvier 2007 relative à l'organisation de certaines professions de santé a apporté des améliorations au statut des diététiciens mais n'a pas prévu la création d'un ordre professionnel. 6 000 diététiciens se sont inscrits sur le répertoire ADELI des professionnels de santé, du social et des psychologues.

L'effectif actuel des diététiciens semble suffisant pour couvrir les besoins en prévention et en soins sur l'ensemble du territoire. Cependant, l'absence de codification et de remboursement des actes des diététiciens limite l'accès aux soins. On peut à cet égard rappeler que les soins des pieds donnés aux personnes diabétiques par les kinésithérapeutes sont remboursés. Il conviendrait de définir un protocole pour la prise en charge de l'obésité en fixant un nombre de consultations qui pourraient faire l'objet d'un remboursement. En effet, un changement d'habitudes alimentaires et de mode de vie peut prendre trois ans ou davantage et il faut assurer l'observance du traitement. Il faudrait aussi définir un paquet de soins selon l'indice de masse corporelle (IMC).

Actuellement, les diététiciens sont sous-utilisés. Il conviendrait de renforcer leurs interventions auprès des familles, à l'école, dans les entreprises et à l'hôpital.

Il faudrait notamment :

- organiser le dépistage de l'obésité ;
- prévoir l'intervention d'un diététicien dans les collectivités territoriales pour la composition des menus de cantines scolaires ;
- valoriser les soins diététiques à l'hôpital, prévoir des consultations diététiques gratuites, aligner la rémunération des diététiciens sur celle des infirmières ;
- porter à trois ans la durée des études débouchant sur un diplôme d'État de niveau licence, ce qui correspond au souhait des médecins nutritionnistes de pouvoir être assistés par des professionnels paramédicaux compétents pour organiser des transferts de tâches, notamment relatives à la nutrition orale et gastro-antérale.

10 h 00 : Réunion sur l'éducation pour la santé et l'activité physique et le programme Bouge, avec M. le professeur Jean-Louis San Marco, président de la Fédération nationale d'éducation pour la santé (FNES), et Mme Zeina Mansour, directrice du Comité régional d'éducation pour la santé (CRES) de Provence-Alpes-Côte d'Azur

Synthèse de l'audition

L'obésité est une maladie culturelle et le rôle joué par les déterminants familiaux est essentiel. Il faut mieux prendre en compte les antécédents de diabète familial et mieux surveiller le rebond d'adiposité. Le dépistage est crucial. Il devrait être prévu une pesée obligatoire à chaque visite médicale. Il faut intervenir le plus précocement possible, dès qu'il apparaît un léger surpoids et une rupture dans la courbe de poids.

En outre, le carnet de santé est sous-utilisé. Une mention particulière devrait y être ajoutée pour appeler l'attention des médecins et des parents sur l'importance de surveiller le rebond d'adiposité chez l'enfant.

Il faut aussi prendre en compte les marqueurs génétiques et les facteurs émotionnels qui peuvent accroître le risque d'obésité. Il faut donc agir en amont sur les aspects psychologiques, somatiques et les problèmes sociaux que connaissent les personnes. Il ne faut pas s'arrêter au « mur du poids ». L'obésité exprime souvent des problèmes cachés. Nombre de femmes obèses ont été victimes de violences sexuelles et éprouvent une terreur sexuelle. Pour ces personnes, les 20 cm de graisse autour du corps jouent un rôle protecteur.

Pour lutter contre l'obésité, il est donc essentiel de développer l'éducation pour la santé, la prévention et l'éducation thérapeutique des patients. Il faut développer la culture de la prévention, mais il faut se garder de tomber dans le travers de la « religion de la santé ». Chacun doit apprendre à mieux gérer sa santé et son corps, notamment à l'école. Chaque enfant devrait apprendre cette formule : « ton corps, c'est ton capital ». À ce sujet, on peut regretter que la circulaire du ministère de l'Éducation concernant l'éducation pour la santé soit mal respectée.

Il faut aussi mener des actions visant à promouvoir la qualité de vie, la capacité d'épanouissement des enfants. Or, la médecine scolaire et la PMI sont en déshérence. La prise en charge de l'obésité n'est pas valorisée. La médecine est organisée selon le schéma ancien de traitement curatif des maladies infectieuses. Avec la chronicisation de la maladie, dont l'obésité qui est une maladie qui, bien souvent, ne se guérit pas, la médecine change de paradigme. On ne peut plus penser que la santé et les soins sont des synonymes. Il faut développer la rééducation alimentaire et métabolique.

Il faut donc adapter le système de soins pour prendre en charge ces souffrances.

Mais il faut aussi adapter les formations et les développer. Les masters existants destinés à former des fonctionnaires de collectivité territoriales qui abordent plus ou moins les questions de gestion de la santé ne sont pas adaptés. Il y a un vrai déficit en compétences adéquates. Une expérience pilote d'un réseau de formation à l'éducation à la santé est menée à l'IUFM de Clermont-Ferrand. Il faut structurer l'éducation en santé. Il faudrait notamment introduire dans la formation des personnels de l'Éducation nationale un module de formation en santé publique et citoyenneté. Les comités départementaux d'éducation pour la santé (CODES), qui ne disposent que de faibles moyens, essaient de répondre aux besoins mais ne font que du colmatage.

Il faut par ailleurs faciliter l'accès des personnes défavorisées aux fruits et légumes.

Mais, de manière générale, il faut veiller à la cohérence d'ensemble des actions menées à l'école, en matière d'information, de communication, de distribution et de restauration. Les actions doivent en outre être menées simultanément. Il pourrait être prévu un pôle d'éducation pour la santé de l'INPES au sein des comités d'éducation régionaux pour la santé (CRES).

*

11 h 30 : Réunion sur la prise en charge des personnes obèses à l'hôpital (audition et visite de l'unité thérapeutique de l'hôpital Sainte-Marguerite de Marseille dédiée à la prise en charge de l'obésité), avec M. le professeur Denis Raccah, nutritionniste et endocrinologue, chef de l'unité thérapeutique

Synthèse de l'audition

Il est plus facile de prévenir l'obésité que de lutter contre l'obésité car il est très difficile de vaincre l'obésité lorsque celle-ci est installée. Il existe des facteurs génétiques de prédisposition de l'obésité et donc une inégalité naturelle face au risque d'obésité. Selon leur métabolisme de base, la consommation des individus au repos peut, par exemple, être plus ou moins importante. Les personnes qui ont une consommation d'énergie moins importante doivent augmenter leur activité physique.

L'obésité résulte souvent de comportements de compensation de certains problèmes ou frustrations. Les mauvaises habitudes alimentaires et la surcharge pondérale sont souvent des révélateurs d'un mal-être.

On a constaté qu'en six ans, le poids moyen des Français a augmenté de 2 kg et le tour de taille de 2,5 cm.

Or, l'obésité n'est pas un problème cosmétique. Elle est la source de nombreuses pathologies. C'est un risque mortel.

Dans la lutte contre l'obésité, le Programme national nutrition santé a constitué une base intéressante et un facteur d'espoir. Aussi, la mobilisation des cardiologues sur cette question a été positive et utile. Il faut que chaque individu apprenne à gérer son capital santé et prenne conscience que cela est possible, pourvu qu'on lui démontre comment faire pour passer à l'acte. Il faut changer la vision des personnes obèses sur l'acte alimentaire et donner forme et vie aux prescriptions diététiques traditionnelles.

C'est l'objectif du travail effectué au sein de l'unité thérapeutique de l'hôpital Sainte-Marguerite par une équipe pluridisciplinaire de médecins nutritionnistes, d'infirmières, d'aides soignants spécialement formés, de diététiciens, de psychologues et de kinésithérapeutes. À l'arrivée des patients dans l'unité thérapeutique, après une consultation approfondie avec un médecin, un dossier infirmier est ouvert dans lequel sont recensés tous les éléments relatifs à la prise en charge. Le cycle de prise en charge d'une semaine dans l'unité thérapeutique comprend des formations théoriques et pratiques sur la nutrition et les savoirs culinaires. Lors des ateliers pratiques d'explication et de préparation des repas, les patients participent à la confection des plats qui sont ensuite partagés. En partant de l'idée que « bien manger, ça s'apprend », on apprend aux patients des techniques culinaires. On leur apprend à ne pas « se battre » avec l'alimentation et à faire des plats qui sont beaux, bons et originaux avec des produits de saison. On apprend aussi au patient à lire les étiquettes.

Les résultats obtenus sont souvent intéressants, même s'ils ne sont pas toujours à la hauteur des espérances. La lutte contre l'obésité est un combat difficile.

14 h 30 : Réunion sur le gradient de l'obésité, l'étiquetage, les allégations et les profils nutritionnels, avec Mme Nicole Darmon, Faculté de médecine de la Timone, UMR INRA 1260 / INSERM 476 / Universités Aix-Marseille I et II, nutriments lipidiques et prévention des maladies métaboliques, et Mme Marie-Joséphine Amiot-Carlin, directrice de recherche à l'Institut national de la recherche agronomique de Marseille

Synthèse de l'audition

La prévalence de l'obésité, tant chez les adultes que chez les enfants, est inversement proportionnelle au niveau de revenus, à la catégorie socio-professionnelle et au niveau d'étude. La France fait partie des pays européens où le gradient social de l'obésité est le plus fort, surtout chez les femmes. Cela est notamment lié à la transition nutritionnelle résultant de la perte de repères, en particulier chez les populations défavorisées. Tous les facteurs de risque connus ou supposés de l'obésité se cumulent tout au long de la vie, de la période prénatale (obésité des parents, exposition au tabac *in utero*, petit poids à la naissance, absence d'allaitement maternel, introduction précoce du lait de vache avec trop de protéines et pas assez de lipides) à l'adolescence, puis à l'âge adulte (portions trop grandes, activité physique insuffisante, surconsommation de télévision associée au grignotage, consommation insuffisante de fruits et légumes, consommation excessive de boissons sucrées, forte densité énergétique et faible densité nutritionnelle des aliments consommés).

Ces comportements défavorables à la santé s'expliquent par le fait que chez les populations défavorisées on accorde un intérêt plus faible à la santé à long terme (les préoccupations immédiates étant plus importantes) et que la connaissance du lien alimentation-santé est aussi plus faible. D'autres facteurs jouent également un rôle négatif : les barrières physiques et structurelles (insuffisances de lieux propices à l'exercice physique, insuffisance de commerces proposant une offre alimentaire de qualité, problème d'accès physique aux commerces), les barrières économiques (l'alimentation est le seul poste compressible, le coût élevé des activités sportives et de loisirs, le coût élevé d'une alimentation équilibrée).

Les dépenses alimentaires des familles pauvres, bien que faibles en valeur absolue, pèsent lourd dans leur budget. Ces familles s'orientent vers les aliments riches en énergie, les aliments qui sont source d'énergie bon marché, agréables au palais (gras et sucrés), pauvres en eau et donc légers, ce qui facilite le transport, la conservation et limite le gaspillage.

Par ailleurs, la structure des prix des différentes catégories d'aliments est défavorable à l'équilibre alimentaire, alors que les recommandations nutritionnelles visent à promouvoir les produits les plus chers. Les aliments premiers prix et vendus dans les *hard discounts* ont une teneur en énergie et en lipides identique à celles des produits de marques pour un prix 2,5 fois plus faible, mais avec une qualité d'ingrédients 1,2 fois plus faible.

Pour prévenir l'obésité, il faut notamment :

– pendant la période prénatale et périnatale : avec l'aide de la protection maternelle et infantile, lutter contre le tabagisme chez les femmes en âge de procréer, promouvoir l'allaitement maternel, modifier la composition des formules lactées infantiles ;

– pendant l'enfance et l'adolescence : dépister le rebond d'adiposité précoce et le surpoids, adapter les programmes scolaires (éducation nutritionnelle et activité physique) et améliorer l'offre alimentaire en milieu scolaire (suppression des distributeurs de produits

alimentaires et de la collation du matin, respect des recommandations nutritionnelles du groupe d'études des marchés de restauration collective et de nutrition).

Il faut aussi garantir la qualité nutritionnelle des produits alimentaires d'entrée de gamme, améliorer et soutenir l'aide alimentaire, mener des actions ciblées en faveur des publics prioritaires.

Par ailleurs, il est souhaitable d'éviter la taxation seule car elle peut entraîner des effets pervers. Il est préférable de recourir à la taxation pour les « mauvais » produits et à la détaxation des « bons » produits. L'étiquetage pourrait être aussi amélioré afin de le rendre plus lisible et compréhensible par les consommateurs. Enfin, la publicité et les allégations nutritionnelles pour les « mauvais » produits alimentaires dans les programmes destinés aux enfants devraient être limitées.

*

15 h 30 : Réunion sur les profils nutritionnels des aliments, l'étiquetage et les allégations nutritionnelles, avec M. Ambroise Martin, professeur de nutrition à la faculté de médecine de Grange Blanche, Université Claude Bernard de Lyon 1

Synthèse de l'audition

Le règlement européen du 20 décembre 2006 concernant les allégations nutritionnelles et de santé sur les denrées alimentaires prévoit que l'Autorité européenne de sécurité des aliments (AESA) peut formuler des avis sur les profils nutritifs des aliments comportant des allégations de santé. Le système des profils nutritionnels qui consistent à valider *a priori* les allégations et non plus *a posteriori*, comme c'est le cas actuellement, devrait être défini pour le début de l'année 2009. Sur 43 000 allégations présentées, 1 700 ont jusqu'à présent été retenues.

Le nouveau système devrait entraîner une diminution de la communication sur les aspects nutritionnels des aliments. Aux États-Unis, ce système existe depuis longtemps. Il faudra vérifier quels sont ses effets sur la santé publique. Il y a un risque d'effets pervers. Ce système est notamment susceptible de renforcer la relation anxieuse aux aliments.

De la même façon, il faudra vérifier que l'affichage des informations nutritionnelles en façade des emballages n'entraîne pas d'effets pervers. Si l'on prend l'exemple de McDonald's qui a décidé, volontairement, de donner une information nutritionnelle sur les emballages des produits qu'il vend, les clients peuvent être amenés à penser que puisqu'on les informe cela veut dire que l'on s'occupe bien d'eux. L'information donnée rassure les clients mais ne garantit pas pour autant que la qualité nutritionnelle des aliments qu'ils consomment est bonne ou même simplement améliorée.

En outre, la surabondance d'informations nutritionnelles peut être contreproductive. L'information sur la densité énergétique semblerait suffisante. Le contenu de l'information nutritionnelle et la forme que la présentation de celle-ci doit prendre sont des questions controversées : feux tricolores comme au Royaume-Uni, code couleur, logos, sens interdit, densité à la portion... Sur ce point, on peut remarquer que, au niveau européen, les industriels se sont mis plus facilement d'accord que les pouvoirs publics représentant les États membres.

Le système français des chartes d'engagements nutritionnels, qui a été développé dans le cadre du Programme national nutrition santé, est particulièrement intéressant parce qu'il demande des efforts plus larges sur une grande partie des gammes de produits fabriqués par les entreprises de l'industrie agroalimentaire que le système des allégations et des profils nutritionnels.

Il faudra d'ailleurs bien vérifier que les initiatives prises au niveau européen concernant les allégations nutritionnelles, les profils nutritionnels et l'étiquetage, qui paraissent aller dans le bon sens, n'entraînent pas d'effets pervers.

Par ailleurs, les recommandations du groupe d'étude sur les marchés de restauration collective et de nutrition (GEMRCN) concernent les grammages et la fréquence des plats à servir, notamment dans les cantines scolaires. C'est très bien, mais cela ne garantit pas, pour autant, la qualité des produits utilisés ni leur goût qui sont des critères essentiels pour développer l'appétence des produits conseillés.

En ce qui concerne la formation en nutrition, le rapport qui a été remis au ministre en charge de la santé, au mois de novembre 2006, n'a toujours pas été rendu public.

*

16 h 40 : Réunion sur les Ateliers santé ville de Marseille, avec M. Philippe Barraize, directeur de la direction de la santé publique de la ville de Marseille, et M. Didier Febvrel, médecin territorial, chargé de projet nutrition et des Ateliers santé ville, correspondant PNNS pour la ville de Marseille

Synthèse de l'audition

Marseille compte 111 quartiers, 463 écoles et 3 000 classes qui accueillent 77 000 élèves. La ville participe au PNNS en tant que « ville active du PNNS ». Pour Marseille, le PNNS est un outil de sensibilisation, tant des élus municipaux que de la population et de tous les acteurs de l'éducation et de la santé. Cependant, il faut regretter les insuffisances de pilotage du PNNS au niveau régional.

À Marseille, il y a quatre ateliers santé-ville qui concernent 350 000 habitants. Les ateliers santé-ville ont pour objectif de permettre une articulation dynamique entre la politique de la ville et les politiques de santé et de contribuer ainsi à réduire les inégalités territoriales dans ce domaine. Il s'agit de mettre en place des microprojets de quartiers mobilisant l'ensemble des acteurs des quartiers concernés. Marseille se caractérise par un tissu associatif très développé. Cela est positif, mais les associations ont des moyens souvent insuffisants et lorsqu'il faut répartir les financements, on s'expose au risque de saupoudrage et de déperdition d'efficacité. Il existe aussi, parfois, des difficultés de dialogue et de coordination entre les différents services spécialisés de la ville.

À Marseille et dans la région PACA, le régime alimentaire méditerranéen n'est plus suivi. De ce fait, la prévalence de l'obésité a fortement augmenté depuis vingt ans, au point de rejoindre maintenant la moyenne nationale.

En matière de lutte contre l'obésité, le meilleur moyen pour toucher le plus grand nombre de personnes, c'est l'école. La direction de la santé publique de Marseille et les ateliers santé-ville travaillent beaucoup sur les menus dans les cantines scolaires et sur le maintien de la suppression de la collation du matin. Mais il est vrai que si les recommandations du GEMRCN étaient obligatoires, cela serait plus clair et simplifierait les choses sur le terrain. Il faut par ailleurs regretter que les parents bourrent souvent les cartables avec des produits gras et sucrés.

Les actions conduites ont un caractère général ou sont ciblées sur les secteurs de la ville les plus exposés au risque de surcharge pondérale. Les politiques ont un rôle important à jouer pour fixer la norme et pour l'expliquer. Cependant, il faut reconnaître qu'il est difficile de lutter contre la sédentarité et de modifier les habitudes de vie et les comportements alimentaires. Les messages en matière de nutrition et d'activité physique doivent être simples et faciles à comprendre. Mais la communication nutritionnelle en direction des jeunes doit être adaptée, car ils n'ont pas forcément conscience du lien qui existe entre la nutrition et la santé. Délivrer des messages faisant ce lien peut même être contreproductif.

Par ailleurs, les ateliers de cuisine ne recueillent qu'une faible audience et les efforts et les moyens qui sont déployés peuvent apparaître parfois disproportionnés. En outre, faute de moyens suffisants certaines expérimentations ne peuvent être étendues. Dans ces conditions, on peut se demander si cela vaut même la peine de mener des expérimentations.

À Marseille, il n'y a pas de réseau de prise en charge de l'obésité (REPOP). C'est regrettable car cela permettrait de mieux coordonner les actions collectives et individuelles

de lutte contre l'obésité. En outre, les ateliers santé-ville ont d'autres missions que la lutte contre la surcharge pondérale ; ils agissent aussi pour améliorer l'accès aux soins (CMU et AME), le cadre de vie, la gestion des crises sanitaires...

À cet égard, il faut regretter que la santé publique soit délaissée par la médecine libérale. Mais les médecins libéraux sont mal formés aux questions de santé publique, celle-ci a d'ailleurs une mauvaise image. Les médecins libéraux qui traitent toute la journée des problèmes de santé mentale devraient participer davantage à la lutte contre l'obésité. Il faudrait organiser la mise en réseau des différents professionnels de santé impliqués dans la lutte contre l'obésité.

La distribution gratuite de fruits dans les écoles pourrait peut-être être utile mais, compte tenu du nombre d'élèves scolarisés dans les écoles à Marseille, la distribution d'une pomme par jour par enfant coûterait environ 6 millions d'euros par an.

Par ailleurs, la municipalité a bien été démarchée par les promoteurs du programme EPODE, mais il a été considéré que ce programme payant n'était pas adapté à une grande ville comme Marseille.

En matière de lutte contre l'obésité, le niveau municipal paraît être le bon, mais il est aussi essentiel d'assurer la cohérence des actions conduites dans la durée pour espérer obtenir des résultats positifs.

*

ANNEXE N° 5

GLOSSAIRE

ADF :	Association des départements de France
AEEP :	Alliance européenne pour l'éthique en publicité
AESA :	Agence européenne de sécurité des aliments
AFPSSU :	Association de promotion de la santé scolaire et universitaire
AFSSA :	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
AJR :	Appports journaliers de référence ou recommandés
ALD :	Affection de longue durée
AMF :	Association des maires de France
ANFH :	Association nationale pour la formation du personnel hospitalier
ANIA :	Association nationale des industries alimentaires
AP-HP :	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
APOP :	Association pour prise en charge de l'obésité pédiatrique
APRIFEL :	Agence pour la recherche et l'information en fruits et légumes frais
ARF :	Association des régions de France
ARH :	Agence régionale de l'hospitalisation
ARPP :	Autorité de régulation professionnelle de la publicité
ARS :	Agence régionale de santé
ASCOMED :	Association des médecins conseillers techniques de l'éducation nationale
ATIH :	Agence technique d'information sur l'hospitalisation
AVC :	Accident vasculaire cérébral
BPA :	Bisphénol A
BRSA :	Boissons rafraîchissantes sans alcool
BVP :	Bureau de vérification de la publicité
CAF :	Caisses d'allocations familiales
CDC :	<i>Centers for disease control and prevention</i>
CESEC :	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CLAN :	Comité de liaison en alimentation et nutrition
CNA :	Conseil national de l'alimentation
CNAF :	Caisse nationale d'allocations familiales
CNAMTS :	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAO :	Collectif national des associations d'obèses

CNC :	Conseil national de la consommation
CNDS :	Centre national pour le développement du sport
CNFPT :	Centre national de la fonction publique territoriale
CNIL :	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CODES :	Comité d'éducation pour la santé
CPAM :	Caisses primaires d'assurance maladie
CREDOC :	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CSA :	Conseil supérieur de l'audiovisuel
CSEM :	Chambre syndicale des eaux minérales
CSMF :	Confédération des syndicats médicaux français
DDASS :	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DESC :	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
<i>Desease management</i> :	Soutien à la prise en charge thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques
DGCCRF :	Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes au ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi
DGES :	Direction générale de l'enseignement scolaire au ministère de l'éducation nationale
DGS :	Direction générale de la santé au ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative
DGT :	Direction générale du travail au ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité
DHOS :	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative
DPU :	Droits à paiement unique
DRASS :	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques au ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité
DSS :	Direction de la sécurité sociale au ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative
EFSA :	Autorité européenne de sécurité des aliments
ENNS :	Enquête nationale nutrition santé
EPODE :	Ensemble, prévenons l'obésité des enfants
FCD :	Fédération des entreprises du commerce et de la distribution
FDA :	<i>Food and drug administration</i>
FEHAP :	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FFSA :	Fédération française des sociétés d'assurances
FHF :	Fédération hospitalière de France
FHP :	Fédération de l'hospitalisation privée

FMESPP :	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FMF :	Fédération des médecins de France
FNAMN :	Fédération nationale des associations médicales de nutrition
FNES :	Fédération nationale d'éducation pour la santé
FNCG :	Fédération nationale des industries des corps gras
GEMRCN :	Groupe d'étude des marchés de restauration collective et de nutrition
GHM :	Groupes homogènes de malades
GHS :	Groupes homogènes de séjour
GROS :	Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids
GRSP :	Groupement régional de santé publique
HALDE :	Haute autorité de lutte contre les discriminations et l'égalité
HAS :	Haute Autorité de santé
HCSP :	Haut conseil de la santé publique
HTA :	Hypertension artérielle
IGAS :	Inspection générale des affaires sociales
IGF :	Inspection générale des finances
IMC :	Indice de masse corporelle
INPES :	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INRA :	Institut de recherche agronomique
INSERM :	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INTERFEL :	Interprofession des fruits et légumes frais
INVS :	Institut national de veille sanitaire
IOTF :	<i>International obesity taskforce</i>
IRDES :	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
MCO :	Médecine chirurgie obstétrique
MIN :	Marché d'intérêt national
MSA :	Mutualité sociale agricole
OMS :	Organisation mondiale de la santé
ONDAM :	Objectif national de dépenses de l'assurance maladie
OPEPS :	Office parlementaire des politiques de santé
OQALI :	Observatoire de la qualité des aliments
PMI :	Protection maternelle et infantile
PNNS :	Programme national nutrition santé
PRAPS :	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRENI :	Plan de retour à l'équilibre nutritionnel individualisé
RSI :	Régime social des indépendants

SFP :	Société française de pédiatrie
SMEDEN :	Syndicat des médecins de l'éducation nationale
SML :	Syndicat des médecins libéraux
SMR :	Service médical rendu
SNAIMS :	Syndicat national autonome des infirmier(e)s en milieu scolaire
SNAMSPEN :	Syndicat national autonome des médecins de santé publique de l'éducation nationale
SNBR :	Syndicat national des boissons rafraîchissantes
SNICS :	Syndicat national des infirmier(e)s conseiller(e)s de la santé
SNIES :	Syndicat national des infirmier(e)s éducateurs de santé
SNMSU :	Syndicat national des médecins scolaires et universitaires
SNRC :	Syndicat national de la restauration collective
SROS :	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSR :	Soins de suite et de réadaptation
T2A :	Tarifification à l'activité
THS :	Traitement hormonal substitutif
TSF :	Télévisions sans frontières
UFC :	Union fédérale des consommateurs
UNCGFL :	Union nationale du commerce de gros en fruits et légumes
URCAM :	Union régionale des caisses d'assurance maladie
USEN :	Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle
UTNC :	Unité transversale de nutrition clinique
ZEP :	Zone d'éducation prioritaire