



Inspection générale
des affaires sociales

Évaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et 2016 (PNNS 3) et du plan obésité 2010-2013

RAPPORT

Établi par

Charles de BATZ

Félix FAUCON

Dominique VOYNET

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Juillet 2016 -

2016-020R

SYNTHÈSE

- [1] La mission de l'Inspection générale des affaires sociales composée de Charles de BATZ, Félix FAUCON et Dominique VOYNET, membres de L'IGAS, a effectué une évaluation du troisième Programme national nutrition santé – PNNS 2011-2015, conformément à l'action 45 de ce programme, et du plan obésité 2010-2013.
- [2] Les délais impartis et l'absence des résultats des études nationales portant sur le sujet n'ont pas permis de réaliser une évaluation complète, ni de se pencher sur les spécificités des départements et territoires d'outre-mer. La mission a resitué la problématique de la nutrition dans le contexte national et européen pour se concentrer sur les propositions pour élaborer un nouveau programme plus dynamique et plus efficace.
- Constats
- [3] Pour l'Organisation mondiale de la santé – OMS, une large part des maladies non transmissibles est liée à l'alimentation et à la sédentarité. Si l'Europe est la région la plus concernée par les maladies non transmissibles, la France n'échappe pas à l'épidémie d'obésité. La prévalence du surpoids et celle de l'obésité progressent.
- [4] L'épidémie d'obésité coûte cher à la société, selon l'étude de McKinsey de 2014, la facture s'élève à près de 54 Mds d'euros pour la France soit 2,6 % du PIB.
- [5] La persistance des inégalités sociales de santé est tout aussi préoccupante en dépit du fait que le PNNS 3 innove en insistant sur ces inégalités. Salué à sa naissance comme une démarche avant-gardiste, le programme, né en 2001, a contribué à faire émerger une préoccupation majeure de santé. Il résulte de la prise de conscience par les pouvoirs publics du rôle fondamental de la nutrition et de la sédentarité dans l'émergence des maladies non transmissibles. Le PNNS a eu l'ambition, en traitant une multitude de questions liées à la nutrition, de devenir le programme de référence. Il a, au fond, peu évolué au fil du temps et des évaluations successives. Avec 4 axes, 7 objectifs généraux, 22 sous-objectifs, 21 mesures, 45 actions et 125 sous-actions non priorisés, il a porté une ambition trop importante.
- [6] Prétendant agir sur l'ensemble des déterminants de la santé, le programme n'a pas su trancher entre l'approche individuelle et l'approche collective. Les trois programmes nationaux nutrition santé successifs sont restés dans l'ambiguïté en s'adressant à la fois au grand public et aux professionnels de santé.
- [7] A vouloir avancer par consensus, le PNNS n'a jamais été en capacité d'adopter des mesures dont l'efficacité est pourtant reconnue. Il a alors occulté, au nom du consensus et des intérêts des parties prenantes, des aspects importants de la problématique nutritionnelle. En particulier, il a insuffisamment pris en compte les actions possibles sur l'offre, tant le pouvoir des lobbies de l'agroalimentaire est puissant.
- [8] La gouvernance du plan et son pilotage national et local présentent des faiblesses et des lacunes. Le comité de suivi et le comité de pilotage très centrés sur la santé et à distance des opérateurs « du terrain », n'ont pas su s'imposer comme des instances de dialogue et de pilotage. Ils ont d'ailleurs été officiellement supprimés.

- [9] Au fil du temps, une multiplicité de plans gouvernementaux a réduit la lisibilité des orientations et la cohérence de l'action publique. Se sont ajoutés le Plan national pour l'alimentation – PNA, et le Plan sport santé bien-être – P2SBE, créant plus de confusions que de synergies, voire de la concurrence. Certaines initiatives ministérielles non coordonnées envoient des signaux contradictoires, ainsi en est-il de la création de l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité – ONAPS, sponsorisé par Coca-Cola®.
- [10] Au niveau local, l'application du programme est laissée à l'appréciation des agences régionale de santé – ARS – et des préfets. Une multitude d'actions sont entreprises sur le territoire, sans cohérence d'ensemble et elles ne concernent qu'un petit nombre de personnes. Les administrations partenaires et les acteurs locaux piochent dans les différents plans pour tenter de donner une cohérence à l'action publique.
- [11] Si la notoriété du PNNS est acquise au plan national, la visibilité et l'impact du programme sont faibles au plan local face à la concurrence des autres plans. De plus la communication institutionnelle ne touche pas les populations précaires qui forment l'une des cibles prioritaires du PNNS.
- [12] Les financements, essentiellement destinés aux dispositifs nationaux, témoignent de la faible priorité accordée, concrètement, au PNNS, négligeant donc les effets à moyen et long termes de la prévention en santé.
- [13] L'engagement des entreprises du secteur agro-alimentaire et de la grande distribution dans cette politique de prévention en santé est bien trop modeste. Certes, un effort initial a été accompli par des chartes d'engagements et des accords collectifs, mais sans impact systémique et cet engagement est désormais au point mort. L'étiquetage nutritionnel dont l'expérimentation devrait débiter sous peu, apporte une nouvelle modalité d'action sur l'offre, mais seule elle ne sera pas suffisante. D'ailleurs, le marketing alimentaire continue à se développer et prend même des formes inattendues (ONAPS, <http://www.reperes-alcool.com/>).
- [14] Le plan obésité – PO, a constitué une impulsion décisive pour la prise en charge de l'obésité sévère. Il a été fort heureusement associé au PNNS et non construit comme un concurrent. Le bilan de ce plan est toutefois contrasté. Il est très positif pour l'axe 1 qui visait à « améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage chez l'enfant et chez l'adulte ». En effet, attendu par les professionnels spécialisés, ils s'en sont emparés : un travail considérable a été accompli en peu de temps et la plupart des actions ont été réalisées ou sont en bonne voie d'avancement. Mais les actions de prévention sont restées les parents pauvres du plan.
- [15] Essentiellement hospitalier au départ, le plan obésité sort désormais des murs. Le travail engagé ne s'est pas interrompu à l'échéance du PO, fin 2013. Les initiatives comme OBEPEDIA montrent la voie. Il s'agit de construire un parcours de soins pour les enfants et les adolescents atteints d'obésité sévère associant ville et hôpital.
- [16] Au total, le bilan du PNNS ne peut échapper à un certain nombre d'imprécisions. En premier lieu, l'indisponibilité des résultats des grandes études de santé disposant d'un volet nutrition ne permet pas d'objectiver la situation. En deuxième lieu, face à des « mots d'ordre » d'efficacité limitée, les déterminants de l'évolution des comportements alimentaires des personnes ciblées par le PNNS doivent être mieux pris en compte. En troisième lieu, si la notoriété des slogans et messages de prévention n'est pas contestable, le PNNS souffre désormais d'une image neutre ou négative et il est peu connu du grand public. Enfin, en dernier lieu, son impact sanitaire, lorsqu'il existe, est difficile à imputer au seul PNNS. Il est par ailleurs limité puisque les inégalités sociales de santé n'ont pas diminué et que la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants est toujours un sujet de préoccupation.

➤ Perspectives et recommandations

- [17] La nutrition et l'activité physique doivent faire l'objet de plans distincts afin de ne pas introduire de confusion pour le grand public. Le PNNS doit s'inscrire dans une cohérence nationale avec les autres plans ministériels (PNA, P2SBE) sous un chapeau interministériel. Ce dernier devra permettre de bâtir une coordination interministérielle réelle et impliquée jusqu'au niveau régional.
- [18] Le PNNS doit se réformer en profondeur en devenant le plan « grand public » de prévention réunissant les conditions du bien-vivre. A cette fin, il devra changer d'appellation pour rompre avec une image hygiéniste et répressive et attirer la sympathie du public. La prise en charge des pathologies relève de la médecine pour laquelle des instructions aux professionnels de santé peuvent être adressées par ailleurs.
- [19] Le futur programme donnera une priorité à l'action en se limitant à quelques objectifs essentiels et compréhensibles par l'ensemble des parties prenantes. Les actions du programme doivent s'inspirer d'une approche renouvelée de type socio-écologique faisant une large place aux initiatives locales pour lesquelles l'éducation nationale aura un rôle fondamental dans la détection et la politique de prévention.
- [20] la réduction des inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique doit devenir une priorité effective du nouveau programme.
- [21] Pour agir sur l'offre, les études sont nombreuses et convergent : le programme doit s'inspirer des exemples et recommandations de l'OMS. Pour protéger les enfants il conviendrait d'interdire toute forme de publicité à leur intention comme l'a fait le Québec.
- [22] Pour financer les actions de prévention, le levier fiscal pourra être utilisé en même temps qu'il permettra d'influer sur les consommations.
- [23] Le programme ne pourra s'imposer qu'avec un soutien politique affirmé, imposant la prévention comme le meilleur moyen et le plus économique pour préserver et améliorer la santé des Français.
-

Sommaire

SYNTHÈSE 3

INTRODUCTION	11
1 CONSTATS	14
1.1 ÉLÉMENTS DE CONTEXTE SANITAIRES	14
1.1.1 Pour l'OMS, une large part des maladies non transmissibles est liée à l'alimentation et la sédentarité	14
1.1.2 L'épidémie d'obésité coûte cher à la société.....	15
1.1.3 Un défi lancinant : la persistance préoccupante des inégalités sociales de santé	16
1.2 LE PNNS	17
1.2.1 Un programme qui a contribué à faire émerger une préoccupation majeure de santé.....	17
1.2.1.1 Il résulte de la prise de conscience par les pouvoirs publics du rôle fondamental de la nutrition et de la sédentarité dans l'émergence des maladies non transmissibles	18
1.2.1.2 Le PNNS a eu l'ambition, en traitant une multitude de questions liées à la nutrition, de devenir le programme de référence	18
1.2.2 Le PNNS a, au fond, peu évolué au fil du temps et des évaluations successives.....	19
1.2.3 Une démarche avant-gardiste et saluée comme telle.....	19
1.2.4 Le PNNS une ambition (trop ?) considérable.....	22
1.2.4.1 Le programme, ses objectifs, ses axes, ses mesures, ses actions sont très nombreux, diversifiés et non priorités	22
1.2.4.2 Le PNNS n'a pas su trancher entre l'approche individuelle et l'approche collective	23
1.2.4.3 Le PNNS 3 innove en insistant sur les inégalités sociales de santé	24
1.2.4.4 Les plans nationaux nutrition santé sont restés dans l'ambiguïté : s'adressent-ils au grand public ou aux professionnels de santé ?	25
1.2.4.5 A vouloir avancer par consensus, le PNNS n'a jamais été en mesure d'adopter des mesures dont l'efficacité est pourtant reconnue	27
1.2.4.6 Et occulte, au nom du consensus et des intérêts des parties prenantes, des aspects importants de la problématique nutritionnelle	27
1.2.4.7 La gouvernance du plan et son pilotage national et local présentent des faiblesses et des lacunes.....	29
1.2.4.8 Une gouvernance régionale inégale, laissée à l'appréciation des ARS et des préfets	32
1.2.4.9 Les financements témoignent de la faible priorité accordée, concrètement, au PNNS	34
1.2.5 Incontestables au niveau national, la visibilité et l'impact du PNNS sont faibles au plan local face à la concurrence des autres plans.....	35
1.2.5.1 La notoriété du PNNS est acquise au plan national, mais ne touche pas la cible des populations précaires.....	36
1.2.5.2 La visibilité et l'impact du PNNS sont trop faibles au plan local.....	37
1.2.6 Une multiplicité de plans réduit la lisibilité des orientations et la cohérence de l'action publique.....	40
1.2.6.1 Les différents plans gouvernementaux s'additionnent en créant plus de confusions que de synergies voire de la concurrence	40
1.2.6.2 Les initiatives ministérielles non coordonnées envoient des signaux contradictoires	42
1.2.6.3 Administrations partenaires et acteurs locaux piochent dans les différents plans pour tenter de donner une cohérence à l'action publique.....	43
1.2.7 Un engagement bien trop modeste des entreprises du secteur agro-alimentaire et de la grande distribution.....	44
1.2.7.1 Chartes d'engagements et accords collectifs : un élan initial, mais sans impact systémique et désormais au point mort.....	45

1.2.7.2	Un sujet nouveau, l'étiquetage nutritionnel	45
1.2.7.3	Le <i>marketing</i> alimentaire continue à se développer.....	49
1.2.7.4	Et prend même des formes inattendues.....	50
1.3	LE PLAN OBÉSITÉ, UNE IMPULSION DÉCISIVE POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ SÉVÈRE	51
1.3.1	Un plan fort heureusement associé au PNNS.....	51
1.3.2	Un bilan du plan obésité contrasté.....	52
1.3.2.1	Il est très positif pour l'axe 1, parce qu'attendu par les professionnels spécialisés qui s'en sont emparés.....	52
1.3.2.2	Mais les actions de prévention sont restées les parents pauvres du plan.....	53
1.3.3	Essentiellement hospitalier au départ, le plan obésité sort désormais des murs : vers un parcours de soins pour les enfants et adolescents atteints d'obésité sévère	55
1.4	AU TOTAL, LE BILAN DU PNNS NE PEUT ÉCHAPPER À UN CERTAIN NOMBRE D'IMPRÉCISIONS	56
1.4.1	L'indisponibilité des résultats des grandes études de santé disposant d'un volet nutrition ne permet pas d'objectiver la situation	57
1.4.2	Face à des « mots d'ordre » d'efficacité limitée, les déterminants de l'évolution des comportements alimentaires des personnes ciblées par le PNNS doivent être mieux pris en compte.....	58
1.4.3	Si la notoriété des slogans et messages de prévention n'est pas contestable, le PNNS souffre désormais d'une image neutre ou négative et il est peu connu du grand public.....	58
1.4.3.1	Le succès des déclinaisons internet de la communication.....	59
1.4.3.2	La communication et ses limites.....	61
1.4.4	Un impact sanitaire limité, difficile à imputer au seul PNNS	62
1.4.4.1	Plus grave encore, les inégalités sociales de santé n'ont pas diminué.....	63
1.4.4.2	La prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants est toujours un sujet de préoccupation.....	63
2	PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS	64
2.1	LA NUTRITION ET L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DOIVENT FAIRE L'OBJET DE PLANS DISTINCTS	64
2.2	LE PNNS DOIT S'INSCRIRE DANS UNE COHÉRENCE NATIONALE AVEC LES AUTRES PLANS MINISTÉRIELS (PNA, P2SBE) SOUS UN CHAPEAU INTERMINISTÉRIEL.....	66
2.3	UNE COORDINATION INTERMINISTÉRIELLE RÉELLE ET IMPLIQUÉE JUSQU'AU NIVEAU RÉGIONAL.....	66
2.4	LE PNNS DOIT SE RÉFORMER EN PROFONDEUR	69
2.4.1	Le PNNS doit devenir ou redevenir un plan « grand public » de prévention réunissant les conditions du bien-vivre, la prise en charge des pathologies relevant de la médecine	69
2.4.2	Le prochain programme devrait changer d'appellation pour rompre avec une image hygiéniste et répressive et attirer la sympathie du public.....	69
2.4.3	Un programme donnant une priorité à l'action	70
2.4.4	Le PNNS doit se limiter à quelques objectifs essentiels et compréhensibles par l'ensemble des parties prenantes	72
2.4.5	Les actions du PNNS doivent s'inspirer d'une approche renouvelée de type socio-écologique faisant une large place aux initiatives locales	72
2.4.6	Un rôle fondamental de l'éducation nationale dans la détection et la politique de prévention	74
2.5	UNE PRIORITÉ EFFECTIVE DOIT ÊTRE DONNÉE À LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ EN LIEN AVEC L'ALIMENTATION ET L'ACTIVITÉ PHYSIQUE	75

2.6	LES ÉTUDES SONT NOMBREUSES ET CONVERGENT, S'INSPIRER DES EXEMPLES ET RECOMMANDATIONS DE L'OMS : PROTÉGER LES ENFANTS EN INTERDISANT TOUTE FORME DE PUBLICITÉ À LEUR INTENTION	77
2.7	UTILISER LE LEVIER FISCAL POUR INFLUER SUR LES CONSOMMATIONS ET FINANCER LES ACTIONS DE PRÉVENTION	77
2.7.1	Augmenter le taux de la taxe spéciale sur la publicité télévisée	78
2.7.2	Reconsidérer la fiscalité s'appliquant aux boissons sucrées	79
2.8	QUELS PROLONGEMENTS POUR LE PLAN OBÉSITÉ ?	80
2.9	LES DOM ET LES TOM : UNE PRIORITÉ INCONTESTABLE	81
3	CONCLUSION.....	83
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	85
	LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES.....	87
	SIGLES UTILISÉS	93
	LISTES DES SCHÉMAS, GRAPHIQUES ET TABLEAUX.....	97
	BIBLIOGRAPHIE.....	99
	ANNEXES	105
	ANNEXE 1 : AUTRES DÉFINITIONS DE LA NUTRITION	105
	ANNEXE 2 : LE PNNS DANS LE CODE DE LA SANTÉ.....	107
	ANNEXE 3 : SITUATION DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ EN FRANCE.....	109
	ANNEXE 4 : SYNTHÈSE DES TRAVAUX DE L'ANSES RELATIFS À LA NUTRITION	119
	ANNEXE 5 : LE PLAN SPORT SANTÉ BIEN-ÊTRE.....	133
	ANNEXE 6 : LES PLANS CANCER ET LE PNNS	135
	PIÈCE JOINTE 1 : LETTRE DE MISSION DE LA MISSION D'ÉVALUATION DU PNNS 2 2006-2010	137
	PIÈCE JOINTE 2 : TABLEAU RÉCAPITULATIF DES DIFFÉRENTES INTERVENTIONS MISES EN PLACE POUR MODIFIER LES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES.....	141
	PIÈCE JOINTE 3 : SCHÉMA EXTRAIT DU RAPPORT, MCKINSEY GLOBAL INSTITUTE, NOVEMBER 2014, P. 5.....	145
	PIÈCE JOINTE 4 : TABLEAU DES TAXES ET DROITS PORTANT SPÉCIFIQUEMENT SUR LES PRODUITS AGRO-ALIMENTAIRES.....	147

INTRODUCTION

- [24] Par lettre en date du 14 décembre 2015, le directeur de cabinet de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes a saisi le chef de l'Inspection générale des affaires sociales – IGAS, pour l'évaluation du plan national nutrition santé et du plan obésité. Conformément à l'action 45 du plan national nutrition santé 2011-2015, l'évaluation de ce plan est confiée à l'IGAS. Le chef de l'Inspection générale des affaires sociales a désigné Charles de BATZ, Félix FAUCON et Dominique VOYNET, membres de l'Inspection générale des affaires sociales, pour conduire cette évaluation.
- [25] Le programme national nutrition santé résulte du constat d'une relation entre la survenue de certaines maladies et l'existence de déséquilibres nutritionnels chez les personnes malades. Aussi, le haut comité de la santé publique – HCSP, a-t-il été saisi en 1999 par les pouvoirs publics. A la suite du rapport remis par cette instance en 2000, le premier PNNS 2001-2005 a été conçu et coordonné par le ministère chargé de la santé en relation avec les ministères chargés des sports, de l'agriculture, de la consommation, de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche.
- [26] Ce premier plan comportait neuf objectifs nutritionnels prioritaires, neuf objectifs spécifiques, des principes généraux et six axes stratégiques. Le professeur Serge Hercberg a réalisé un bilan et formulé des propositions pour un nouveau programme national, le PNNS 2.
- [27] Ce programme national nutrition santé 2006-2010 visait à prolonger le premier programme en maintenant les neuf objectifs prioritaires et en élargissant à dix les objectifs spécifiques. Il était assorti de dix principes généraux repris pour l'essentiel du PNNS 1. Il avait l'ambition de promouvoir une nouvelle gouvernance.
- [28] L'évaluation du PNNS 2 a été accomplie par une mission conjointe de l'IGAS et du Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux – CGAAER. La mission a rendu son rapport en avril 2010¹. Des 75 recommandations, bien peu ont été suivies d'effet.
- [29] A ce moment, le président de la République a souhaité la formalisation d'un plan obésité – PO, couvrant la période 2010-2013. Dans le même temps, un programme national pour l'alimentation – PNA, a été lancé en septembre 2010. En 2012, le PO a été intégré au PNNS 3 2011-2015.
- [30] Le PNNS 3 a été élaboré à la suite d'une large concertation², ce qui explique le grand nombre d'objectifs et la diversité des sujets qui le composent.
- [31] Les objectifs nutritionnels du PNNS sont regroupés selon quatre axes qui se déclinent en objectifs et sous-objectifs généraux puis en plusieurs mesures. Elles-mêmes sont composées d'une ou plusieurs actions³ qui se subdivisent encore en sous-actions et sous-sous-actions. Un volet transversal rassemble diverses mesures d'ordre général. Le PNNS comprend également 12 principes généraux.

¹ Jourdain-Menninger D. et al. , « Évaluation du programme national nutrition santé PNNS 2 2006-2010 », IGAS & CGAAER, Paris, avril 2010.

² Cf. page 9 du PNNS 3, Enjeux, principes, méthodologie et objectifs, « Le PNNS 2011-2015 : une élaboration fondée sur une large concertation ».

³ Le PNNS 3 comprend 4 axes, 7 objectifs généraux, 22 sous-objectifs, 21 mesures, 45 actions et 125 sous-actions.

- [32] Son ambition est d'« améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population, en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs, la nutrition. » Ce programme constitue un cadre de référence en matière de nutrition, d'alimentation et d'activité physique. Le PNNS a une existence réglementaire depuis juillet 2010 ; il fait l'objet d'un article du code de la santé publique⁴.
- [33] L'évaluation demandée à l'Inspection générale des affaires sociales intervient dans un contexte particulier. La mesure 6, action 45 du PNNS3 prévoyait une saisine à mi-parcours de l'IGAS et en fin de programme. L'IGAS n'a pas été saisie en milieu de programme et n'a pu commencer l'évaluation qu'après le terme du PNNS 3. Afin de permettre de tirer les enseignements de ce 3^{ème} plan en vue de l'élaboration du PNNS 4, il a été décidé de proroger d'un an le PNNS 3.
- [34] Les études nationales traitant des consommations alimentaires et de la santé sont toujours en cours⁵. Leurs résultats ne seront pas disponibles avant la fin de l'année 2016 ce qui prive la mission de données factuelles et objectives pour porter une appréciation sur l'atteinte d'un certain nombre des objectifs du plan. Concernant l'obésité, l'enquête nationale ObÉpi n'a pas été conduite en 2015, les derniers résultats disponibles datent de 2012.
- [35] Depuis l'adoption du PNNS 3, d'autres plans ont repris certains de ses éléments, rendant moins lisible encore un plan déjà complexe et peu accessible au grand public. Il s'agit principalement du programme national pour l'alimentation – PNA, et du plan national sport santé bien-être. D'autres plans de santé publique comprennent des actions du PNNS ou apparentées (plan cancer, plan national bien vieillir...).
- [36] La mission a disposé de nombreuses études et rapports relatifs à la thématique, qu'ils soient français ou étrangers.
- [37] Elle a considéré qu'il lui revenait de conduire l'évaluation en tenant compte de la façon la plus pertinente possible des orientations de la lettre de mission et des limitations dues à l'absence des résultats des enquêtes évoquées ci-dessus.
- [38] Dans le temps imparti, relativement court au regard de l'étendue du champ à investiguer, elle a procédé selon plusieurs modalités pour conduire ses travaux. Elle a conduit des entretiens avec des représentants des parties prenantes, c'est-à-dire avec les principaux acteurs du PNNS et de sa gouvernance, aussi bien au niveau national qu'au niveau local. La mission s'est déplacée à cet effet dans quelques régions qui lui apparaissaient illustratives de problématiques ou de déclinaisons du PNNS. Il doit être toutefois noté que ces déplacements ont eu lieu au moment où les nouvelles régions se mettaient concrètement en place⁶.
- [39] En raison de contraintes de temps, la mission n'a pas pu faire d'investigations spécifiques dans les outre-mers⁷.
- [40] La mission a également assisté à trois comités de suivi et comités de pilotage du PNNS⁸.

⁴ Article L3231-1 du code de la santé publique (cf. annexe 2).

⁵ Il s'agit de l'étude individuelle nationale des consommations alimentaires – INCA, et de l'étude de santé sur l'environnement, la bio surveillance, l'activité physique et la nutrition – ESTEBAN.

⁶ La mission a utilisé le nom des « anciennes » régions quand elle se référait à des actions qui se sont déroulées avant l'issue du programme fin 2015 et la nouvelle dénomination pour toute action ou projet au-delà du 1^{er} janvier 2016.

⁷ Alors que le PNNS a été adapté comme demandé par la mission IGAS de 2009.

⁸ Le comité de pilotage et le comité de suivi se sont régulièrement réunis les 15 mars, 8 et 16 juin 2016, en dépit de l'abrogation du décret du 19 avril 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement de ces comités par l'article 25 du décret du 13 novembre 2015 portant suppression de commissions administratives à caractère consultatif.

- [41] Elle a consulté une documentation très fournie, constituée de documents internes au pilotage du PNNS, de rapports commandités par ailleurs, de la documentation européenne, de celles de l'organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), de rapports d'activité des organismes concernés, des productions des associations dans le champ éducatif, sanitaire et social de l'alimentation, des soins et de l'activité physique...
- [42] L'évaluation conduite n'a pas porté sur l'ensemble des actions listées par le plan.
- [43] La mission a souhaité par ailleurs mettre l'accent sur les recommandations pour l'élaboration d'un plan destiné à poursuivre et amplifier les effets positifs des trois plans qui se sont succédé.
- [44] Avertissement méthodologique : la nutrition est définie par le PNNS comme l'ensemble des comportements concernant l'alimentation et l'activité physique, définition également adoptée par l'expertise collective de l'INSERM d'avril 2014⁹.
- [45] La mission reviendra dans le cours du rapport sur cette question importante pour la bonne compréhension du plan par le grand public¹⁰.

⁹ Cette précision est apportée par le 1^{er} des 12 principes généraux du PNNS 3 :

« Le mot « nutrition » doit être compris comme englobant les questions relatives à l'alimentation (nutriments, aliments, déterminants sociaux, culturels, économiques sensoriels et cognitifs des comportements alimentaires) et à l'activité physique. »

¹⁰ D'autres définitions de la nutrition figurent en annexe 1.

« Reconnaître ce qu'on mange, c'est être à même d'en déchiffrer la plupart des propriétés : la toxicité et l'innocuité, les bienfaits et les méfaits, les vertus et les vices, la pureté et l'impureté, le sacré et le profane... »¹¹

1 CONSTATS

1.1 Éléments de contexte sanitaires

1.1.1 Pour l'OMS, une large part des maladies non transmissibles est liée à l'alimentation et la sédentarité¹²

- [46] Des six régions de l'OMS, l'Europe¹³ est la plus concernée par les maladies non transmissibles, désormais première cause de mortalité. Les quatre principales – les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les maladies respiratoires – représentent 77 % de la charge de morbidité et près de 86 % de la mortalité prématurée.
- [47] « Le tabagisme, la sédentarité, la mauvaise alimentation et l'usage nocif de l'alcool augmentent le risque ou sont la cause de la plupart des maladies non transmissibles ». Sont notamment en cause l'évolution des modes de vie – l'absence d'activité physique, le temps passé assis, en voiture, « au bureau » et, de plus en plus fréquemment, devant des écrans d'ordinateur ou de télévision – et de consommation. À la frugalité d'hier a succédé la surabondance des hypermarchés.
- [48] Le surpoids et l'obésité, et aussi sur un autre registre la sur consommation de sel ou de « mauvaises graisses », sont les principaux facteurs de risques. Cela n'empêche pas que dans le même temps des carences en nutriments soient observées¹⁴.
- [49] Dans 46 des 53 pays de la région OMS Europe, plus de 55 % des adultes sont en surpoids ou obèses. En 2014 en France, la prévalence du surpoids était de 60,7 %, celle de l'obésité de 23,9 % selon les données de l'OMS¹⁵. Entre 2010 et 2014 ces taux ont progressé respectivement de 3,4 et de 8,6 %. Loin d'être jugulée, l'épidémie s'étend¹⁶.
- [50] Le surpoids et l'obésité sont également présents chez les enfants et les adolescents, en particulier dans les milieux les moins favorisés (cf. Tableau 9 :).

¹¹ Olivier Assouly, *Les nourritures divines, essai sur les interdits alimentaires*, Actes Sud, Arles, 2002.

¹² In « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé », OMS, mai 2004.

¹³ Au sens de l'OMS, soit 53 pays.

¹⁴ En raison des privations volontaires au cours de « régimes » déséquilibrés ou de la pauvreté nutritionnelle de certains « aliments ».

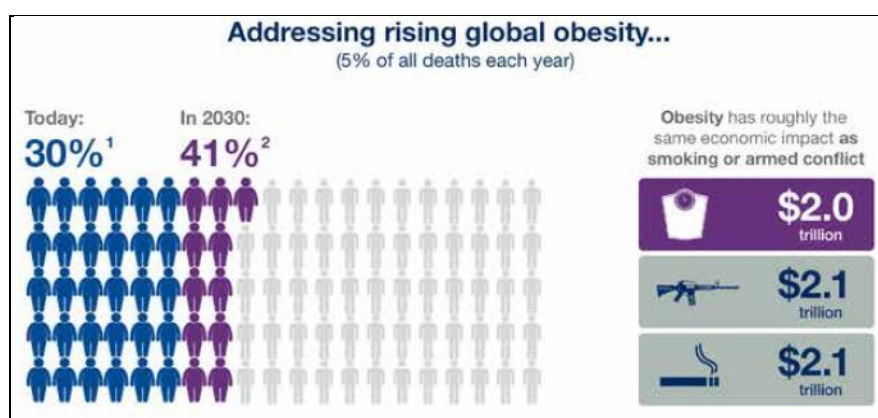
¹⁵ Pour les adultes de 18 ans et plus, prévalence du surpoids (IMC \geq 25 kg/m²), prévalence de l'obésité (IMC \geq 30 kg/m²) ; données OMS accessibles par le portail WHO Europe ; <http://portal.euro.who.int/en/data-sources/health-2020-indicators/>

¹⁶ L'obésité n'est pas seulement un facteur de risque mais est classée par l'OMS comme une maladie dans la *Classification internationale des maladies, 10^{ème} révision*.

1.1.2 L'épidémie d'obésité coûte cher à la société

- [51] Il n'est pas simple d'évaluer avec précision le coût de l'épidémie comme le rappelait la mission du Sénat conduite sur la fiscalité comportementale en 2014¹⁷. En 2008, l'IGAS et l'Inspection générale des finances – IGF, dans leur étude de « la pertinence et la faisabilité d'une taxation nutritionnelle » ont effectué deux approches distinctes de cette question¹⁸.
- [52] Des estimations récentes ont été publiées par le McKinsey Global Institute avec une approche globale. Selon le rapport paru en 2014, le coût de l'obésité au niveau mondial serait de 2 000 Mds de dollars, soit 2,8 % du PIB¹⁹. Les auteurs estiment que l'impact économique de l'épidémie d'obésité est comparable à ceux du tabac et des conflits armés. Ils prévoient que près de la moitié de la population mondiale pourrait être en surpoids en 2030. Pour la France, le coût global de l'obésité représenterait, selon McKinsey, 2,6 % du PIB soit environ 54 Mds €.

Schéma 1 : Illustration de la progression de l'épidémie d'obésité et de son impact économique



Source : McKinsey Global Institute, "Overcoming obesity : an initial economic analysis", p. 9.

- [53] La mission a estimé ne pas devoir rentrer dans le débat relatif au périmètre de dépense considéré ni dans celui sur la part des facteurs de risques liés à une alimentation déséquilibrée. Un fait indéniable est la progression rapide de l'effectif des patients en affections de longue durée – ALD, pour les pathologies liées à l'alimentation et retenues par l'IGF en 2008. On peut en déduire une augmentation tout aussi rapide du coût social de ces affections liées, au moins pour partie, à la question de la nutrition au sens du PNNS.

¹⁷ In *Rapport d'information, au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales, sur la « fiscalité comportementale »*, Sénat, n°399, février 2014, p. 53.

¹⁸ Cf. annexe 6 du rapport de la mission conjointe IGAS-IGF de 2008 : Berthod-Wurmser M, Hespel V, *Rapport sur la pertinence et la faisabilité d'une taxation nutritionnelle*, IGAS, N°RM2008-073, IGF, N°2008-M-002-01, juillet 2008; <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000613.pdf>.

¹⁹ Dobbs R, et al. *Overcoming obesity : an initial economic analysis*, McKinsey global institute, novembre 2014, 120 p. <http://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/how-the-world-could-better-fight-obesity>

- [54] Ainsi, « les évolutions des effectifs de deux affections, d'une part le diabète et d'autre part l'ALD n°5 "insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves et cardiopathies congénitales graves", ont été particulièrement dynamiques. Leurs taux de croissance annuels moyens se sont élevés à respectivement + 7 % et + 8,5 % entre 2005 et 2012. Ces taux ont ensuite diminué entre 2012 et 2014, respectivement + 5 % et + 7 %. Cette croissance a fait de l'ALD diabète la plus fréquente des affections, devant les tumeurs malignes (respectivement 2,4 et 2 millions de personnes) ». « Deux pathologies ont [...] contribué à plus de 50 % de la croissance récente (2012-2014) des effectifs de bénéficiaires du dispositif des affections sur liste (après exclusion de l'hypertension artérielle sévère) : l'ensemble des maladies cardio-neuro-vasculaires (31 %) et le diabète (26 %) »²⁰.

1.1.3 Un défi lancinant : la persistance préoccupante des inégalités sociales de santé

- [55] L'importance de l'hygiène de vie comme déterminant majeur de la santé est aujourd'hui largement reconnue, à la fois comme facteur de risque et comme facteur de protection. Mais la politique de santé publique en faveur d'une bonne hygiène nutritionnelle et d'une activité physique régulière a longtemps été sous-dimensionnée par les pouvoirs publics, au regard d'autres priorités sanitaires. Pourtant, et comme le signale le rapport d'expertise de l'INSERM²¹ consacré aux inégalités sociales, « en 2010, le tabagisme était responsable de 6,3 % de la charge mondiale de morbidité, l'alcool de 3,9 %, l'inactivité physique et l'alimentation déséquilibrée de 10,0 % ». Autant de facteurs « fréquemment présents de façon concomitante dans les catégories socio-économiquement défavorisées ».
- [56] Les inégalités sociales de santé sont « systématiques, socialement construites et donc injustes et modifiables²² ». Elles concernent l'ensemble de la population, avec une relation linéaire – un « gradient social » – entre la position socio-économique d'un individu et son état de santé : espérance de vie, mortalité, pathologies chroniques directement liées à l'état nutritionnel...
- [57] Ainsi, le pourcentage d'adultes obèses en France est 3,65 fois supérieur dans les ménages dont le revenu est inférieur à 900 €/mois, à celui relevé dans les ménages dont le revenu dépasse 5 300 €/mois²³.
- [58] La position socio-économique peut être approchée par le niveau de revenu (comme ci-dessus) et la catégorie socioprofessionnelle, ou mieux encore par le niveau d'éducation, largement prédictif de l'un ou l'autre des deux autres critères. L'accès à une alimentation équilibrée, riche sur le plan nutritionnel, n'est pas seulement « une question d'argent », mais de connaissances et de compétences socialement et culturellement construites.
- [59] Plus complet encore, le score Épices²⁴ utilisé par les centres de santé de la CNAMTS – et qui évalue, à partir de 11 questions, la précarité dans toutes ses dimensions : économique, sociale et relationnelle – est un bon indicateur de l'accès aux soins et de l'état de santé.

²⁰ Païta M, Rivière S, Tala S, Fagot-Campagna A, Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée en 2014 et les évolutions depuis 2005, *CNAMTS – Points de repère*, juin 2016, N°46, p. 6-9.

²¹ Expertise collective, *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique*, INSERM, avril 2014.

²² In PNNS 2011-2015, page 15, citant le rapport « Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité », coordonné par T Lang, HCSP, décembre 2009, la Documentation française.

²³ In étude ObÉpi, 2012.

²⁴ Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examen de Santé, in le score Épices – Rapport d'étude, janvier 2015, CNAMTS et CETAF.

- [60] Il n'existe pas seulement un « gradient social de santé », mais aussi un « gradient social des comportements de santé²⁵ », qui « se manifeste dès l'enfance et persiste jusqu'à la vieillesse ». La prévalence de « comportements défavorables à la santé dans les groupes socio-économiques les plus défavorisés » est largement étayée dans la littérature scientifique.
- [61] Les données collectées par la DREES en milieu scolaire permettent d'approcher l'ampleur des inégalités, constituées dès l'âge préscolaire et qui s'accroissent avec le temps. Ainsi, un enfant de grande section de maternelle issu d'une famille d'ouvriers a 2,1 fois plus de risques d'être en surpoids et 4,5 d'être obèse qu'un enfant issu d'une famille de cadres²⁶. Les inégalités s'accroissent en CM2, avec un risque de surpoids multiplié par 3 et un risque d'obésité multiplié par 9 !
- [62] Les inégalités persistent, voire s'aggravent au fil du temps, comme l'indique à nouveau le dépistage du surpoids et de l'obésité réalisé en 2014/2015 dans l'académie de Lille : 10,3 % des élèves en éducation prioritaire présentent un surpoids ou une obésité en CP. Ils sont 20,2 % en 6^{ème}.

Tableau 1 : Proportion d'enfants en surpoids ou obèses en REP et hors REP²⁷
Académie de Lille – année scolaire 2014-2015

	% d'enfants en surpoids ou obèses en REP	% d'enfants en surpoids ou obèses hors REP
CP	10,27 %	6,39 %
6 ^{ème}	20,20 %	13,62 %

Source : Rectorat de l'Académie de Lille

- [63] Le fait que la 1^{ère} action de l'axe 1 du PNNS 2011-2015 soit la réalisation d'une expertise collective, confiée à l'INSERM, sur les « inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique » témoigne d'une volonté forte de désormais mieux prendre en compte cette réalité.

1.2 Le PNNS

1.2.1 Un programme qui a contribué à faire émerger une préoccupation majeure de santé

« Manger participe à la construction du corps sain, qui est intrinsèquement lié au corps malade. Manger sain, c'est à la fois guérir et prévenir, agir et anticiper, c'est la conjonction en action de trois temporalités, – passé, présent et futur – avec les trois états du corps – sensible, malade et sain. »²⁸

« Que ton aliment soit ta première médecine²⁹. »

²⁵ ²⁵ Expertise collective, *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique*, INSERM, avril 2014.

²⁶ Enquête 2013, DREES.

²⁷ REP : réseau d'éducation prioritaire.

²⁸ Camille Adamic, *Devenir sain, des morales alimentaires aux écologies de soi*, Presses Universitaires de Rennes, Presses universitaires François Rabelais, 2016, p. 108.

²⁹ Hippocrate, cinq siècles avant JC.

1.2.1.1 Il résulte de la prise de conscience par les pouvoirs publics du rôle fondamental de la nutrition et de la sédentarité dans l'émergence des maladies non transmissibles

- [64] Il résulte de la prise de conscience par les pouvoirs publics, au tournant du siècle, du rôle des déséquilibres nutritionnels et de la sédentarité dans la survenue et la gravité de nombreuses pathologies chroniques.

En clôture des États généraux de l'alimentation le 13 décembre 2000, Lionel Jospin, Premier ministre, annonce le lancement du Programme National Nutrition Santé.

Si « chaque individu doit rester libre de ses choix alimentaires », « le choix des produits consommés comme le comportement alimentaire global des Français doivent être éclairés par une information scientifiquement valide, accessible à tous, contrôlée et indépendante ». « Les actions concernent des domaines aussi variés que l'information du consommateur, l'éducation des jeunes, la mise en place de systèmes de surveillance alimentaire et nutritionnelle de la population, la prise en charge des troubles nutritionnels dans le système de soins, l'engagement des entreprises agro-alimentaires et des sociétés de la restauration collective, le développement de la recherche en nutrition humaine » et sont orientées vers des objectifs nutritionnels prioritaires : augmenter la consommation de fruits et de légumes ; réduire la fréquence du surpoids et de l'obésité chez les adultes ; « interrompre l'inquiétante progression de l'obésité chez les enfants » et « combattre la sédentarité, notamment chez l'enfant » ; remédier à la dénutrition des personnes âgées, surtout lorsqu'elles sont isolées ; « aider les personnes en situation de grande précarité à mieux se nourrir ».

1.2.1.2 Le PNNS a eu l'ambition, en traitant une multitude de questions liées à la nutrition, de devenir le programme de référence

- [65] Le PNNS s'est d'emblée proposé de traiter l'ensemble des questions liées à la nutrition. Le terme englobe, dans l'intention de ses concepteurs, les questions d'alimentation et d'activité physique.
- [66] La mission a pu constater qu'aucun de ses interlocuteurs ne conteste la logique qui conduit à traiter de pair la question des « entrées » (l'alimentation) et celle des « sorties » (la dépense énergétique, sous toutes ses formes) et que tous considèrent comme une évidence la prise en compte de l'activité physique dans un programme de santé publique dédié à l'équilibre nutritionnel et à la santé. Mais elle a également noté qu'aucun d'entre eux ne considère que le vocable « nutrition » engloberait par définition l'activité physique³⁰.
- [67] Le PNNS a vocation, dans l'esprit de ses concepteurs, à constituer LE « programme de référence » en matière de nutrition, et à mobiliser l'ensemble des partenaires publics et privés autour des questions d'alimentation, d'activité physique et de santé. La mission a pu constater que cette ambition est restée largement théorique en l'absence de portage interministériel et d'un processus décisionnel clair. Pis, des plans conçus par d'autres administrations d'État ont été initialement présentés comme complémentaires au PNNS. Rapidement, ils ont évolué, au mieux de façon indépendante et parallèle au PNNS, voire se sont présentés, sur les sujets traités par le PNNS, comme des concurrents.

³⁰ Au point qu'il reste nécessaire de préciser, c'est par exemple le cas sur le site même du ministère de la Santé, que « pour le PNNS, la nutrition s'entend comme l'équilibre entre les apports liés à l'alimentation et les dépenses occasionnées par l'activité physique ».

1.2.2 Le PNNS a, au fond, peu évolué au fil du temps et des évaluations successives

- [68] Si le PNNS 1 (2001-2005) insistait beaucoup sur les habitudes individuelles, négligeant l'environnement de la personne, le PNNS 2 (2006-2010) associe de manière plus équilibrée la modification des comportements nutritionnels et l'action sur l'offre alimentaire. Par ailleurs, il inscrit la lutte contre les inégalités sociales de santé comme l'une de ses priorités. « La question la plus préoccupante » affirme néanmoins la mission d'évaluation du PNNS 2 à l'échéance de celui-ci, reste celle des « personnes de milieux socio-économiques défavorisés chez lesquelles l'épidémie d'obésité continue de progresser ». La mission³¹ en tire les leçons : « ce constat fait émettre de fortes réserves sur le caractère adapté et le niveau d'intensité des actions engagées par le PNNS », même si, poursuit la mission, « les fondements du PNNS restent solides en termes de santé publique ».
- [69] Le PNNS 3 (2011-2015) dresse à son tour lucidement le même constat : si « plusieurs objectifs initialement fixés ont été partiellement ou totalement atteints (...) par le PNNS initié en 2001 et prolongé en 2006 », « ces améliorations n'ont pas concerné de façon homogène toutes les composantes de la population et les inégalités sociales de santé se sont creusées dans le domaine de la nutrition ».
- [70] La mission a rencontré de nombreux partenaires du PNNS qui en ont volontiers pointé les limites conceptuelles, le faible ancrage territorial, ou encore la modestie des moyens. Tous ont néanmoins souligné que les trois PNNS successifs avaient contribué à installer la question de l'impact de l'alimentation sur la santé, et plus récemment la question de la sédentarité, comme une préoccupation de santé publique majeure.

1.2.3 Une démarche avant-gardiste et saluée comme telle

- [71] Les concepteurs du PNNS rappellent avec fierté que la démarche française a été avant-gardiste et saluée par les instances internationales³². Il semble qu'elle ait inspiré les travaux de l'OMS, qui adopte en mai 2004 la « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé³³ ». Elle sera déclinée par le Comité régional de l'Europe de l'OMS dans le « plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 »³⁴. La mission n'en doute pas, tout en soulignant que la France n'a pas toujours été représentée à haut niveau dans le comité régional et dans les comités d'experts européens.

³¹ In Évaluation du PNNS 2 2006-2010, IGAS CGAAER, avril 2010.

³² « Europe : l'épidémie visible de surpoids chez les jeunes », G. Humphreys et C. Flankan-Bokonga, in Bulletin de l'OMS 2013 n°91, p 549-550.

³³ « La stratégie porte sur deux des principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles, une mauvaise alimentation et le manque d'exercice physique » affirme l'OMS, qui insiste sur la rapide « transition nutritionnelle » des pays à revenu faible ou moyen, où « les comportements qui nuisent à la santé (...) se concentrent (désormais) dans les communautés pauvres et creusent les inégalités socio-économiques ».

³⁴ Dans le droit fil de la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité, adoptée par la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité, Istanbul, 15-17 novembre 2006) et de la Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020 , 4-5 juillet 2013.

- [72] Le plan d'action rappelle que « l'excès de poids corporel, l'apport excessif de calories, la consommation de graisses saturées, d'acides gras trans, de sucre et de sel ainsi qu'une faible consommation de fruits, de légumes et de céréales complètes constituent les principaux facteurs de risque³⁵ ». Le surpoids et l'obésité sont en hausse, tant chez les adultes³⁶ que chez les enfants³⁷. Les enfants dont les parents sont peu instruits, les enfants des groupes sociaux les plus démunis sont – sans surprise – les plus affectés. « Les causes de l'inégalité sont complexes et profondément enracinées, ce qui accentue la position de faiblesse et de vulnérabilité durant toute la vie et de génération en génération » affirme l'OMS, qui retient la « lutte contre les inégalités d'accès à une alimentation saine » comme le premier des principes directeurs pour l'action qu'elle édicte.
- [73] Le plan européen de l'OMS pour une alimentation saine inventorie les moyens « d'instaurer des environnements propices à la consommation d'aliments et de boissons sains » : « adopter des mesures strictes limitant l'impact global, sur les enfants, de toute forme de *marketing* d'aliments riches en énergie, en graisses saturées en acides gras trans, en sucres et en sel » ; « envisager le recours à des outils économiques », tels que les « subventions ciblées ou la fiscalité » ; « promouvoir (...) la reformulation des produits » ; mettre en place un « étiquetage explicatif ou facile à comprendre sur la face avant des emballages » ; « faciliter les choix alimentaires plus sains », notamment dans la restauration collective etc.
- [74] L'Union européenne³⁸ semble un peu en retrait depuis la présentation, en 2007, du Livre blanc « Une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité ». Le Livre blanc plaide pour « une intégration généralisée des politiques », « aussi bien dans les domaines de l'alimentation et de la consommation, que dans ceux du sport, de l'éducation et des transports » et insiste sur « la nécessité d'accorder une attention particulière à la dimension sociale du problème ».
- [75] Le Livre blanc précise qu'« en ce qui concerne l'action communautaire », les mesures « accompagneront la mise en œuvre de toutes les politiques et activités communautaires pertinentes », ou « compléteront, le cas échéant, les politiques nationales, ainsi que le prévoit l'article 152 du traité CE ». Elles devront « s'attaquer aux causes profondes des risques liés à la santé » et « contribuer à réduire tous les risques associés à une mauvaise alimentation et à un manque d'exercice physique, notamment, mais pas exclusivement, ceux associés à une surcharge pondérale » ; « traverser l'ensemble des politiques gouvernementales et tous les niveaux des autorités nationales, faire appel à toute une série d'instruments, tels que la législation, la mise en réseau, les approches secteur public/secteur privé, et associer le secteur privé et la société civile ». Elles « nécessiteront la participation d'un large éventail d'acteurs privés, tels que l'industrie agro-alimentaire et la société civile, ainsi que des acteurs au niveau local, tels que les écoles et le secteur associatif » et devront bénéficier d'« un suivi dans les années à venir », « pour qu'il soit possible de savoir ce qui fonctionne bien ou quelles mesures ont besoin d'être améliorées ou entièrement modifiées ».

³⁵ OMS Europe, 15-18/9/2014.

³⁶ 57,4 % des adultes des deux sexes présenteraient une surcharge pondérale ou seraient obèses.

³⁷ 1 enfant sur 3 âgé de 6 à 9 ans est en surpoids ou obèse, in Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI), OMS 2009-2010.

³⁸ Qui a, elle aussi, marqué un vif intérêt pour « l'expérience française du PNNS », jugée « innovante, originale et exemplaire » comme l'indique le rapport d'évaluation IGAS-CGAAER 202010.

- [76] La France participe, via un représentant de la DGS, aux travaux du « groupe de haut niveau sur la nutrition et l'activité physique » mis en place par la DG Santé et Sécurité alimentaire de la Commission. À l'exception notable de l'élaboration du plan d'action contre l'obésité infantile, adopté en février 2014, ce groupe fonctionne essentiellement comme un réseau d'observation et d'échange d'expériences où chaque État membre présente tour à tour ses projets et réalisations³⁹.
- [77] Si les taux de surcharge pondérale et d'obésité restent en France parmi les plus bas de l'OCDE⁴⁰, ils augmentent de façon régulière et... plus rapidement que dans d'autres pays de l'OCDE⁴¹.
- [78] Le tableau ci-après indique la prévalence de l'obésité dans quelques États de l'OCDE. Il permet, pour quelques uns d'entre eux, de mesurer l'écart – un écart conséquent – entre les résultats déclarés et les résultats mesurés.

Tableau 2 : Prévalence de l'obésité dans quelques États de l'OCDE en 2014, en fonction de l'origine et de la qualité des données

	OMS	OCDE		OCDE	
		Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
		Déclaré		Mesuré	
Italie	9,8	9,4	10		
Pays Bas	10	12,6	11,4		
France	16,9	13,4	12,9		
Allemagne	12,9	13,8	14,7		
OCDE		14,8	15		
Irlande	13	13	15	24	22
Espagne	15,6	15,6	16,6		
Canada	23,1	16,3	17,7	24,6	26,2
Royaume Uni	22,7	NC	NC	25,9	23,6
USA	33,9	27,9	28,5	36,8	36,1
Polynésie (F)	40,9				

Source : OMS, OCDE <http://www.oecd-ilibrary.org/>

- [79] La situation est plus préoccupante encore dans les DOM⁴² et TOM⁴³. Le tableau ci-dessous montre que, si le surpoids et l'obésité sont plus répandus chez les femmes, ils progressent plus rapidement chez les hommes.

³⁹ Actualités de la politique nutritionnelle en France : aspects règlementaires, présentation de M. Chauliac, DGS, High level group on nutrition and physical activity Bruxelles, avril 2016.

⁴⁰ Il est permis d'émettre quelques doutes sur la robustesse des estimations fondées sur des données recueillies de façon purement déclarative, comme le montre le tableau ci-dessus.

⁴¹ La France est le seul pays de l'OCDE où la progression de la surcharge pondérale a été supérieure à la projection établie pour 2010.

⁴² Cette situation a justifié l'élaboration d'un PNNS et d'un plan obésité spécifiques aux DOM (Guadeloupe, Guyane, Réunion, Martinique, Mayotte) que la mission n'a pu, compte tenu des délais impartis, investiguer complètement.

⁴³ 54 % des adultes seraient en surpoids ou obèses (26,5 %) en Nouvelle-Calédonie (d'après le baromètre de Santé de l'ASS-NC) ; 69 % des adultes seraient en surpoids ou obèses (30 %) en Polynésie française (selon « Alimentation et corpulence en Polynésie française », Y. Mou, Direction de la Santé, Polynésie française, N. Cerf et F. Beck, INPES, 2009) ; ils seraient également 60 % à Wallis-et-Futuna.

Tableau 3 : Évolution du surpoids et de l'obésité en Guadeloupe et en Martinique

	Martinique 2004	Martinique 2013	Guadeloupe 2004	Guadeloupe 2013
Hommes en surpoids	52 %	52 %	41 %	49 %
Dont hommes obèses	14 %	21 %	11 %	12 %
Femmes en surpoids	55 %	64 %	58 %	63 %
Dont femmes obèses	26 %	33 %	26 %	31 %

Source : Traitement mission à partir données DGS

1.2.4 Le PNNS une ambition (trop ?) considérable

« Qui trop embrasse mal étreint ».

[80] A la lecture des PNNS successifs, on constate que le plan, qui avait d'emblée une ambition très large, a eu la volonté d'accroître encore les champs couverts. Il s'est enrichi de nouveaux objectifs, mesures et actions. Dans le même temps il est confronté à l'émergence d'autres plans qui le complètent ou entrent en concurrence avec lui.

[81] Le PNNS 3 se présente sous une forme complexe en raison des multiples niveaux de définition des actions et du nombre élevé de rubriques.

[82] A la suite de l'évaluation du PNNS 2, une très large consultation a été engagée par la DGS avec les parties prenantes. Environ 600 propositions ont été élaborées lors de cette concertation qui a créé beaucoup d'attentes. De ces propositions ont été dégagées 143 actions⁴⁴ qui ont été regroupées en 44 actions génériques ou de niveau I.

Schéma 2 : Découpage du PNNS 3

axe	objectifs généraux niveau I	sous objectifs généraux niveau I.I	sous sous objectifs généraux niveau I.I.I	mesures niveau I	actions niveau I	sous actions niveau I.I	sous sous actions niveau I.I.I
1	3	12	26	5	13	35	18
2	3	7	9	2	6	17	
3	1	3	0	4	9	21	
4				4	8	21	
Volet transversal				6	9	31	
Total	7	22	35	21	45	125	18

Source : PNNS 3, traitement mission.

1.2.4.1 Le programme, ses objectifs, ses axes, ses mesures, ses actions sont très nombreux, diversifiés et non priorisés

[83] La consultation a conduit à un recueil hétérogène de propositions d'actions, de recommandations, de mesures, de cibles, de repères et d'indicateurs à suivre. Dans ces conditions, il n'est pas surprenant que, malgré les arbitrages rendus par les pouvoirs publics, le programme soit d'une lecture peu aisée.

⁴⁴ Les 143 actions sont constituées des 125 actions de niveau I.I et des 18 actions de niveau I.I.I. L'action 45 de niveau I – évaluation par l'IGAS, n'est pas déclinée en sous actions.

- [84] Ce dernier ne met pas en avant un axe stratégique simple et compréhensible par l'ensemble des acteurs. Au contraire, il répertorie cinq axes qui ne sont pas de la même nature. L'axe 1 par exemple, cible les inégalités sociales de santé et concerne un public particulier⁴⁵, alors que l'axe 2 vise le développement de l'activité physique pour tous. L'axe 3 a pour objet d'organiser le dépistage des troubles nutritionnels et la dénutrition. L'axe 4 entend valoriser le programme, alors que l'axe transverse promeut les méthodes d'intervention ou les outils. Du coup, l'objectif général du PNNS – améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population, en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs, la nutrition, n'apparaît pas clairement.
- [85] La mission estime qu'il aurait été plus adapté de repartir des objectifs nutritionnels proposés par le Haut conseil de la santé publique. Elle constate qu'il n'a pas été tenu compte de la première recommandation du rapport d'évaluation du PNNS 2⁴⁶.
- [86] Il apparaît également que, pour certaines actions, il y a une confusion entre indicateurs et objectifs. Cela donne alors au programme un caractère à la fois trop technique et confine l'action à un domaine réservé aux spécialistes⁴⁷. Les objectifs ainsi libellés ne peuvent être compris non seulement par le grand public mais aussi par ceux qui s'investissent pour développer des actions qui sont du ressort de l'objectif général du PNNS.
- [87] Le programme tente de décliner les objectifs en modalités d'actions et outils, voire obligations. Ainsi, dans l'axe 1, l'action 6 se découpe-t-elle en 5 sous-actions elles-mêmes découpées en sous-sous-actions. Certaines d'entre-elles nécessitent des adaptations réglementaires ou la publication d'un plan national⁴⁸ ou au moins d'une circulaire ministérielle ou interministérielle pour préciser les conditions de mise en œuvre de l'action (responsabilité, initiative, accompagnement méthodologique ou financier, délais de réalisation, résultats attendus...).
- [88] Ni les objectifs, ni les actions ne sont priorisés dans le programme ce qui a pour conséquence d'atomiser les moyens ou les énergies sur une multitude d'actions ou d'initiatives. Prises isolément, elles présentent de l'intérêt mais elles concernent généralement un petit nombre de personnes et ne produisent probablement pas d'évolutions décisives à l'échelle de temps d'un programme de 5 ans⁴⁹. Finalement, un trop grand nombre de priorités et l'absence de hiérarchisation ne permettent plus de comprendre quelles sont les deux ou trois priorités du programme national nutrition santé.

1.2.4.2 Le PNNS n'a pas su trancher entre l'approche individuelle et l'approche collective

- [89] Le PNNS 3 prétend agir sur l'ensemble des déterminants de la santé et combiner de façon équilibrée, sans privilégier l'un ou l'autre, deux modes d'action :

⁴⁵ On verra plus loin que l'axe 1, dédié à la réduction des inégalités, comporte de nombreuses actions qui ne répondent pas à cet objectif.

⁴⁶ *Op.cit.* p.19. La recommandation n°38 de ce rapport précisait également : « Procéder – compte tenu du caractère non définitif du bilan des PNNS, à une révision réaliste de certains de ses objectifs ».

⁴⁷ Pour l'axe 1 les actions de niveau I.I.I sont assorties d'objectifs quantifiés très précis. Par exemple pour OS 3.2.1, l'objectif en cinq ans est d'atteindre une consommation moyenne de 8 g de sel par jour pour les adultes et 6,5 g pour les enfants (alors que la recommandation de l'OMS est de moins de 5 g par jour pour les adultes). Pour OS 3.6.1 l'objectif est de réduire la proportion des femmes en âge de procréer ayant un risque de déficit en folates (taux de folates plasmatiques < 3 ng/l).

⁴⁸ Par exemple pour l'action 6 sous-sous-action 1.1.1.2 : réorganiser l'aide alimentaire.

⁴⁹ Les résultats des enquêtes nationales n'étant pas connus, la mission n'a pas pu évaluer l'évolution des indicateurs du PNNS sur la durée du plan.

- [90] - l'approche individuelle : il s'agit d'informer et de sensibiliser chaque individu aux bonnes pratiques nutritionnelles et à l'importance de l'activité physique ;
- [91] - l'action sur l'offre alimentaire (pouvoirs publics, industries agro-alimentaires, collectivités locales...) et sur l'environnement de l'utilisateur.
- [92] Il aurait été utile de distinguer au sein du programme les objectifs et les actions relevant de ces différentes approches, afin de clarifier les cibles et les enjeux de chaque action et, surtout, de contribuer à la hiérarchisation des modalités de l'action.
- [93] Dans la pratique, le PNNS 3 comporte peu d'actions qui relèvent de l'offre alimentaire – essentiellement « incitatives » ou « volontaires ». Et il reste muet – absence de volonté politique et/ou de rapport de forces ? – sur les mesures réglementaires, les mesures fiscales, l'encadrement du *marketing* alimentaire, l'étiquetage nutritionnel... sans lesquels la modification de l'offre alimentaire et de l'environnement nutritionnel restera bien théorique.
- [94] Alors qu'a progressé la connaissance des mécanismes qui rendent inopérants les appels à la seule responsabilité individuelle du consommateur, la mission attire l'attention sur le caractère préoccupant de ce déséquilibre.

1.2.4.3 Le PNNS 3 innove en insistant sur les inégalités sociales de santé

- [95] Le PNNS 2011-2015, reprenant les termes du rapport du Haut Conseil de la Santé publique d'avril 2010, l'admet avec une légitime gravité : « il n'y a pas eu de réduction des inégalités sociales de santé en matière de nutrition (...) depuis que le PNNS a été initié », qu'il s'agisse des « personnes en situation de précarité ayant recours à l'aide alimentaire » ou « des personnes en situation socio-économique difficile » qui, sans avoir besoin de recourir à l'aide alimentaire, « présentent une situation nutritionnelle moins satisfaisante que celle de populations plus favorisées sur le plan économique ».
- [96] Pour être précis : les actions successives des trois programmes ont permis des améliorations pour les catégories sociales les moins favorisées mais dans une proportion moindre que pour les plus favorisées. Selon le Pr S. Hercberg, « les messages de prévention », en particulier, « ont le plus profité à ceux qui en avaient le moins besoin ».
- [97] Cette situation n'est pas propre à la France. L'OMS a publié un guide de mesures concrètes pour lutter contre le surpoids et l'obésité tenant compte des déterminants sociaux de la santé en 2014, et un aide-mémoire en 2015⁵⁰.
- [98] Il faut par ailleurs souligner une incohérence majeure dans la construction même du programme : alors que l'axe 1 du PNNS ambitionne de « réduire par des actions spécifiques les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention », la plupart des mesures concrètes concernent les « mesures générales de prévention » et non les « actions spécifiques », qui, seconde incohérence, sont parfois fort vagues – « augmenter les quantités et favoriser un régime plus équilibré » – et pratiquement toutes ciblées sur les bénéficiaires de l'aide alimentaire, au mépris des données concernant l'existence d'un « gradient social nutritionnel ».

⁵⁰ Loring B, Robertson A. *Obesity and inequities, guidance for addressing inequities in overweight and obesity*, Organisation mondiale de la santé, bureau régional de l'Europe, 2014, 40 p.
Aide-mémoire N°311, *Obésité et surpoids*, janvier 2015, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>

[99] En outre, le PNNS ignore largement la grande hétérogénéité de la population française. Certes, la déclinaison régionale du PNNS opérée par les ARS permet de tenir compte des disparités et des caractéristiques régionales. En revanche, l'adaptation des messages à la diversité des traditions culinaires et des cultures alimentaires (rythme, organisation, composition des repas, tabous alimentaires) de millions de personnes issues de l'immigration, dont une proportion non négligeable vit en situation de précarité, n'est pas abordée⁵¹.

1.2.4.4 Les plans nationaux nutrition santé sont restés dans l'ambiguïté : s'adressent-ils au grand public ou aux professionnels de santé ?

[100] Le PNNS souffre d'une ambiguïté fondamentale, qui n'a jamais été tranchée : il est censé s'adresser à l'ensemble de la population dans une perspective de prévention, ce dont témoignent les efforts déployés pour en populariser l'acronyme ou le logo, et pour en présenter, de façon accessible et ludique, les principes, les contenus, les repères et les recommandations. Mais il traite aussi de situations sur lesquelles le grand public n'a pas de prise (comme la dénutrition en établissement d'hébergement) ou de situations franchement pathologiques, qui relèvent d'une prise en charge par le médecin traitant ou par le spécialiste.

[101] Les conditions de l'élaboration du PNNS 2011-2015 se devinent à la lecture⁵²... Les auteurs – qui l'écrivent entre les lignes et se sont depuis exprimés sur le sujet – sont évidemment conscients de l'ampleur et de la complexité d'une tâche qui suppose, pour réussir, un changement durable des comportements individuels et une évolution lourde de bien des politiques publiques, naturellement inscrites dans le temps long. Ils sont conscients de l'impossibilité de démontrer le bien-fondé de chacune des mesures et actions retenues à l'échéance d'un programme de 5 ans⁵³ et convaincus de la nécessité de les conduire néanmoins toutes, devant un « faisceau d'arguments suffisamment convaincants ». Pourtant, parce que la crédibilité – politique et scientifique – du programme l'exige, ils arrêtent pour chaque mesure un objectif chiffré et des indicateurs dont la disponibilité n'est ni significative ni même garantie.

[102] Ex 1 : la mesure OS 3.3.3.3 propose de « doubler chez les adultes la proportion de personnes ayant des apports en fibres supérieurs à 25 g/jour ». Il faut d'abord souligner que l'objectif a été en général compris et interprété, y compris par des professionnels de santé, de façon erronée, comme l'objectif « d'augmenter la consommation de fibres de 50 % ». Et interroger l'objectif⁵⁴ d'un « doublement » de la proportion de personnes consommant 25 g de fibres par jour : quelle justification scientifique à cet objectif quand moins de 7 % des femmes consomment assez de fibres ? A qui s'adresse ce message ? Pour quel gain objectif en termes de santé publique ?

⁵¹ Elle l'est dans les travaux théoriques, comme par exemple « Que savons-nous de l'alimentation de migrants ? », par B. Maire, IRD, in *Lettre de l'Institut français pour la nutrition*, octobre 2008, n°129. Parmi les initiatives plus récentes, on peut citer le travail (en cours) de rédaction d'un questionnaire appliqué à chaque candidat au séjour par l'OFII (Office français de l'immigration et de l'intégration) et l'EREN (Équipe de recherche en épidémiologie nutritionnelle).

⁵² Il faut évoquer ici la grande confusion qui règne quant au statut des différentes instances consultatives et des avis qu'elles formulent. Dans la pratique, les mêmes personnes rendent des avis sur les mêmes sujets ou sur des sujets proches dans des instances différentes : HAS, HCSP, EFSA (European food safety authority), CNA, FFAS...

⁵³ In Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique, Pr S. Hercberg, 15/11/2013.

⁵⁴ A noter que l'objectif pourrait avoir été partiellement satisfait, comme le suggèrent les 1^{ères} données de l'étude Nutrinet, novembre 2012, le pourcentage de personnes consommant plus de 25 g de fibres /jour s'élevant à 22 % chez les hommes et 12 % chez les femmes. Celui des personnes qui consomment plus de 30 g de fibres/jour est respectivement de 10 % et 4 % de la population.

Tableau 4 : Proportion de la population atteignant la cible de consommation quotidienne de fibres

	Hommes (18-79 ans)	Femmes (18-79 ans)
Consommation moyenne en g/jour	17,6	14,7
Pourcentage des personnes consommant 25 g de fibres par jour	15 %	6,8 %

Source : Étude Nationale Nutrition Santé 2006

- [103] Le programme souffre par ailleurs de la volonté d'exhaustivité des auteurs, qui ont souhaité « ne rien oublier », prendre en compte la totalité des préoccupations nutritionnelles, au prix d'une moindre clarté des messages adressés à la population et aux acteurs de terrain.
- [104] De même, il s'est alourdi au rythme des injonctions d'y traiter des problèmes de santé qui, pour être bien réels et dignes d'intérêt, n'ont pas réellement leur place dans un programme de santé publique s'adressant à toute la population.
- [105] Ex 2 : « augmenter de 50 % au moins, en 5 ans, le nombre d'unités de comprimés d'acide folique (0,4 mg) prescrits pour un projet de grossesse ».
- [106] L'ordre national des médecins souligne, dans son rapport consacré à la santé de l'enfant et de l'adolescent⁵⁵, le « rôle majeur que doivent jouer (dans le PNNS) les professionnels de santé de l'enfant et de l'adolescent, qui seront les premiers impliqués dans l'organisation de la prévention ».
- [107] Pourtant, si les spécialistes de la nutrition, notamment en milieu hospitalier, se sont emparés du PNNS, la mission a pu constater que ce n'est pas le cas des médecins généralistes. Il n'est pas anodin que les actions du PNNS qui ciblaient directement la place du généraliste dans l'information nutritionnelle et la prévention n'aient pas été mises en œuvre⁵⁶, quand les actions du plan obésité, qui concernaient explicitement la prise en charge de l'obésité sévère, l'ont été⁵⁷.
- [108] Quand une personne sur deux est en surpoids, on peut et on doit affirmer que le problème – et sa ou ses solutions – ne relèvent pas de la médecine, mais de l'ensemble des acteurs de la vie en société.
- [109] Sans nier la place des médecins généralistes dans une stratégie nationale de prévention et de prise en charge du surpoids et de l'obésité – ni la nécessité de mettre à leur disposition des outils efficaces d'information – la réussite même de celle-ci suppose la mobilisation de très nombreux acteurs.
- [110] Cette affirmation est validée par l'expérience du plan obésité, dont les actions relevant de la prise en charge de l'obésité morbide ont été réalisées, grâce à l'implication des professionnels de santé spécialistes de la nutrition et/ou de la chirurgie bariatrique, quand celles qui relevaient de la prévention primaire et secondaire ne l'ont été que très partiellement, malgré l'engagement des professionnels de l'éducation, des acteurs de l'action sociale, ou des associations.

⁵⁵ In « Santé de l'enfant et de l'adolescent », Dr I. Bohl, 20/10/2011.

⁵⁶ Comme par exemple « l'information des professionnels de santé sur les liens entre nutrition et pathologies fournissant des recommandations de prise en charge nutritionnelle de maladies chroniques d'organes » (action 11.3), « la mise en ligne d'un outil d'appropriation du PNNS pour les médecins généralistes » (action 20.1) ou « l'actualisation de l'outil de formation dénutrition en ligne » (action 22.1).

⁵⁷ Les fiches pratiques sont disponibles sur le site de la HAS.

[111] La mission est convaincue que le prochain programme devra s'adresser à l'ensemble de la population confrontée au double risque du surpoids et de la sédentarité et se concentrer sur un nombre réduit d'objectifs prioritaires qui relèvent de l'hygiène de vie et du savoir-vivre. En revanche, il ne devra pas aborder la prise en charge des pathologies de la nutrition – obésité sévère, anorexie, dénutrition, carences en fer ou folates etc. – qui relève du système de soins.

1.2.4.5 A vouloir avancer par consensus, le PNNS n'a jamais été en mesure d'adopter des mesures dont l'efficacité est pourtant reconnue

[112] « Les propositions (du PNNS) sont fondées sur un consensus qui facilite leur mise en œuvre. Toutefois, les intérêts divergents représentés empêchent parfois des mesures innovantes de voir le jour » écrivait le directeur de cabinet de la ministre de la Santé dans la lettre de mission adressée à l'IGAS le 24 juin 2009⁵⁸.

[113] La mission IGAS-CGAAER diligentée en 2009 devait le confirmer : « les différentes parties prenantes (...) souscrivent dans l'ensemble au constat que la nutrition s'impose comme un enjeu de santé publique, mais restent partagées sur la part qui revient à chaque déterminant ». Ainsi, pour certains, la « régulation des comportements alimentaires collectifs » doit être privilégiée quand, pour d'autres, « la liberté et la responsabilité individuelles » priment.

[114] La situation n'a pas fondamentalement évolué, même si chacun accepte désormais de prendre en compte l'évolution des modes de vie, avec par exemple une proportion croissante de personnes qui, à tout âge, déjeunent en dehors de leur domicile ; l'évolution des métiers, avec par exemple une importante proportion de personnes travaillant assises, les yeux rivés à un écran ; l'impact de l'étalement urbain et de politiques d'aménagement, qui ont trop longtemps « adapté les villes à la voiture ».

[115] Mais beaucoup revendiquent la liberté absolue du consommateur d'acheter et de consommer des aliments préoccupants d'un point de vue nutritionnel. Et considèrent que leur consommation excessive ne saurait être présentée comme telle pour peu que des messages encourageant la pratique d'une activité physique accompagnent la communication-produit.

[116] La volonté de ne « stigmatiser⁵⁹ » aucun aliment, aucun comportement, aucun acteur et de privilégier, de façon constante, des mesures incitatives dont la mise en œuvre et donc l'impact sont fondés sur le volontariat, masque un certain nombre de non-dits et d'ambiguïtés.

1.2.4.6 Et occulte, au nom du consensus et des intérêts des parties prenantes, des aspects importants de la problématique nutritionnelle

[117] Le choix d'une approche non conflictuelle, mobilisant l'ensemble des parties prenantes autour d'options consensuelles, est parfaitement étayé pour ce qui concerne les personnes cibles. Il est nettement plus discutable, concernant d'autres parties prenantes, acteurs économiques notamment, mais aussi services de l'État et collectivités locales⁶⁰.

⁵⁸ Cf. lettre de mission en pièce jointe 1.

⁵⁹ Le terme s'est imposé, sous l'influence du lobby des producteurs : impropre s'agissant d'un « produit », il vise à désarmer les critiques.

⁶⁰ Il est curieux de constater que certaines ARS n'ont pas cru devoir décliner le PNNS dans leur projet régional de santé...

- [118] Les préoccupations des agents économiques doivent certes être entendues, qu'il s'agisse de reformuler un produit ou de revoir leur stratégie de *marketing*. Mais ils ne devraient pas être placés en situation de peser sur les messages de santé publique ou d'empêcher le recours à une large palette d'outils à l'efficacité établie : réglementation, outils de marché, fiscalité comportementale⁶¹, réorientation de la recherche publique.
- [119] C'est pourtant le cas, faute de portage politique fort. Et bien des arbitrages sont marqués du sceau des pressions dont ils ont été l'objet.
- [120] La mission a eu à connaître de nombreux exemples d'arbitrage négatif pour la santé ou de l'absence d'arbitrage positif ! Ainsi de la campagne préparée par l'INPES contre l'abus d'alcool chez les jeunes, repoussée aux calendes grecques ; de la charte sur l'audiovisuel, affadée malgré l'engagement de la ministre de la santé ; de la limitation de la publicité alimentaire aux heures d'écoute des jeunes, empêchée par une forte mobilisation parlementaire, ou de la limitation des sucres dans les sodas, enlisée sous l'argumentation spécieuse des producteurs du secteur.
- [121] Plusieurs des interlocuteurs de la mission ont par ailleurs évoqué le fait que certains repères nutritionnels conseillés ont été, au moins en partie, influencés par l'industrie (ex : produits laitiers). D'autres ont souligné, nous y reviendrons, que les « engagements volontaires » étaient parfois apparus comme une stratégie destinée à « gagner du temps ». De même, il paraît aujourd'hui parfaitement clair que la volonté opiniâtre de « ne stigmatiser aucun aliment », fût-il désastreux sur le plan sanitaire et totalement dénué d'intérêt nutritionnel, conduit à ce que perdurent des malentendus trompeurs pour les usagers les moins informés (ex : sodas aux « arômes de fruits » dans lesquels il y a bien des colorants et des sucres, mais pas de fruits...).
- [122] L'absence de toute référence à la consommation d'alcool, à son apport calorique, aux pathologies qui lui sont liées en cas d'abus chronique, interroge bien davantage encore ; le sujet a régulièrement été évoqué par les interlocuteurs de la mission.
- [123] Certains d'entre eux ont pointé la responsabilité des lobbies et des pressions qu'ils exerceraient sur la décision, ainsi que les moyens considérables dont ils disposent pour influencer les consommateurs, les médias, les parlementaires... D'autres ont souligné le climat d'autocensure généré par la volonté d'une gouvernance consensuelle.
- [124] Cette « omission » est d'autant plus pénalisante qu'elle empêche de proposer, sous une forme innovante, une communication adaptée aux « moments à risque » où certaines populations consomment à la fois et de façon plus importante qu'au cours des jours ordinaires des drogues à visée récréative (tabac, cannabis, alcool) et de la « junkfood » (chips, cacahuètes salées, pizzas, sodas sucrés).

« Repères de consommation » ou « abstinence totale » ?

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique fixe comme objectif de « réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance ».

En pratique, la consommation de l'alcool a longtemps été abordée au regard des risques qu'elle emporte, qu'elle soit chronique ou occasionnelle, tant sur la santé du consommateur qu'en terme de dommages sociaux⁶² (violences, conduites à risque, accidents de la voie publique...). Sa piètre qualité nutritionnelle et son contenu calorique sont rarement abordés.

En matière de prévention des cancers, l'INCa déconseille la consommation d'alcool, même en petites quantités, « les données scientifiques mettant en évidence « un risque de cancer associé à une faible

⁶¹ Ce terme concerne tant le comportement des consommateurs que celui des agents économiques, que la fiscalité peut inciter à modifier la composition de leurs produits.

⁶² « Faire face aux problèmes posés par les conduites d'alcoolisation » Avis du Haut Comité de la santé publique adopté lors de sa séance plénière du 9 septembre 1998.

consommation d'alcool, sans effet seuil⁶³ ». « Les actions de prévention doivent agir sur la demande, mais aussi sur l'offre », pointe le Haut Comité de la santé publique – HCSP⁶⁴, qui insiste avec la même force sur la nécessité « de développer une information et une prévention visant à faire adopter des comportements compatibles avec une bonne santé » et « de maîtriser l'offre de produit par des réglementations (prix, publicité, accessibilité...) ». « La taxation de l'alcool est une mesure de santé publique très efficace ». Quant à l'action sur la publicité, qui relève majoritairement de la loi du 10 janvier 1991 dite loi Evin, « son application n'a malheureusement pas été menée à son terme du fait de la non parution de décrets indispensables ». « Ces vides juridiques persistants sont autant de brèches où s'engouffrent les alcooliers et les publicitaires pour des initiatives publicitaires qui font apparaître floue voire contradictoire l'attitude des pouvoirs publics » insiste le HCSP, pour lequel « des stratégies de prévention globales et déterminées doivent être engagées par les pouvoirs publics afin de dissiper cette impression ».

Dans son avis du 1^{er} juillet 2009, relatif aux recommandations sanitaires en matière de consommation d'alcool⁶⁵, le Haut Conseil de la santé publique recommande de conserver le principe actuel de recommandations basées sur des repères de consommation ; mais il préconise d'engager un travail d'actualisation et d'harmonisation des repères, fondé sur des données factuelles, qui tiennent compte du risque attribuable aux faibles doses.

Dans son avis relatif au suivi de consommations d'alcool et leurs conséquences sur la santé pour une meilleure prévention du 6 avril 2014, le HCSP salue la constitution de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) devenu compétent en matière d'alcool et de tabac à la faveur de la politique gouvernementale sur les drogues de 1999 à 2002. Mais il souligne que, « pour des raisons historiques, les dispositifs de connaissance des niveaux de consommation et l'estimation des dommages souffrent encore d'une grande dispersion institutionnelle » qui ne « favorise pas l'impact politique que devrait avoir le message épidémiologique ». Le HCSP enfonce le clou : « les chiffres sont, en effet, d'autant plus vulnérables aux interprétations des différents acteurs qu'existent des groupes de pression pour lesquels les solutions à apporter aux problèmes posés par l'alcool sont orientées par les intérêts concernés ».

La mission a constaté les efforts déployés par le secteur des bières, vins et spiritueux⁶⁶ pour promouvoir le concept de « repères de consommation » sur le modèle des repères nutritionnels du PNNS et en se réclamant des repères promus par l'OMS.

[125] Le PNNS est un programme essentiellement incitatif, fondé sur la bonne volonté des acteurs économiques et sur la responsabilité du consommateur, acteur responsable de sa propre santé. C'est son intérêt ; c'est aussi sa principale limite. Que vaut la « liberté » de choix du consommateur face à la « liberté » de commercialiser des « aliments » sans intérêt nutritionnel ? Poser la question, c'est y répondre.

1.2.4.7 La gouvernance du plan et son pilotage national et local présentent des faiblesses et des lacunes

[126] La gouvernance conjointe du PNNS-PO a été établie par le décret n° 2012-531 du 19 avril 2012. Deux instances ont été instituées pour une durée de cinq ans et placées sous une présidence identique : le directeur général de la santé « assisté » par les présidents du PNNS et du PO désignés par le ministre chargé de la santé.

[127] Le comité de pilotage est chargé de coordonner et de faciliter la mise en œuvre des actions et de proposer des évolutions d'orientation ; le comité de suivi d'assurer la concertation et le dialogue entre les parties prenantes.

⁶³ Par exemple chez la femme pour le cancer du sein.

⁶⁴ Le Haut Conseil de la santé publique, créé par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, a succédé au Haut Comité de la santé publique. Ils sont tous les deux désignés par l'acronyme HCSP.

⁶⁵ Avis fondé sur la note d'analyse des recommandations en matière de consommation d'alcool, 1/7/2009, C. Latache et F. Alla.

⁶⁶ Le site <http://www.reperes-alcool.com> est une initiative de l'Association des Brasseurs de France, qui glane au fil des déplacements des usagers sur le site de nombreuses informations sur leur consommation, sa nature et le nom des marques consommées...

- [128] Le comité de pilotage est pléthorique et reflète l'étendue du champ couvert par les deux plans : 15 administrations centrales, la CNAMTS, la HAS, l'ANSES et 8 autres agences ou instituts. Soit 29 membres en comptant la présidence.
- [129] Le comité de suivi comprend, outre l'ensemble des membres du comité de pilotage, les représentants : d'associations de patients (4), de consommateurs (2), des collectivités locales (3), d'industriels ou de distributeurs (6), du monde du sport (3), des diététiciens-nutritionnistes, des villes santé de l'OMS, d'AVIENSAN, du CSA, du CNA, de la Mutualité française, de la CNAF et de la CNAV, ainsi que 12 personnalités qualifiées nommées par arrêté du ministre chargé de la santé. Théoriquement, le comité de suivi peut donc compter jusqu'à 67 membres.
- [130] Le comité de suivi nourrit l'ambition d'être une sorte de « parlement de la nutrition santé », pour paraphraser le président du CNA présentant celui-ci comme un « parlement de l'alimentation »⁶⁷. Car le parallélisme avec le Conseil national de l'alimentation est frappant.
- [131] En effet, la composition actuelle du CNA, créé par décret du 27 novembre 1985, a été fixée par décret du 29 novembre 2009. Il regroupe, d'une part, 49 membres non étatiques répartis en sept collèges : usagers et consommateurs (9), agriculteurs (9), transformateurs et artisans (9), distributeurs (3), restauration (6), syndicats de salariés de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la distribution (5), auxquels s'ajoutent des personnalités qualifiées (8) ; d'autre part, des représentants institutionnels : les ministères concernés (10), les collectivités locales (3), l'ANSES, l'INRA, l'INSERM, l'IFREMER et l'Institut national de la consommation. Soit un total de 67 membres (identique au PNNS). Les travaux recherchent « une synthèse consensuelle » de leurs différentes positions⁶⁸.
- [132] « Le CNA est par définition consanguin » a reconnu l'un de ses membres auprès de la mission, qui ajoute : « Un grand nombre (des personnes qui le composent) sont liées au monde agricole, et parasitent explicitement les messages du ministère de la santé ». C'est le cas par exemple pour l'alcool. Ce tropisme est amplifié par la trop faible participation et à un niveau hiérarchique insuffisant des représentants du ministère de la santé.
- [133] La gouvernance du PNNS-PO reflète bien à la fois l'ambition et les limites du PNNS.
- [134] L'ambition consiste à réunir les trop nombreuses parties prenantes de sujets aussi vastes que la nutrition et l'activité physique, ce qui suppose une approche interministérielle étendue aux collectivités locales, mais aussi une diversité des intérêts et des priorités dont le COFIL et le comité de suivi auraient sans doute voulu être des lieux de synthèse.
- [135] Les limites sont pour l'essentiel dues à une gouvernance centrée sur le ministère de la santé et trop éloignée des acteurs locaux.
- [136] En effet :
- La gouvernance théoriquement et nécessairement interministérielle est cependant entièrement placée sous l'égide et la culture du ministère chargé de la santé : le directeur général de la santé flanqué de deux professeurs de médecine assure la présidence ; le ministre de la santé choisit seul les 12 personnalités qualifiées ; les personnalités qualifiées sont toutes des médecins (11 professeurs des universités dont un seul de santé publique et 1 médecin chercheur à l'INSERM), alors que le sujet aurait pu conduire à nommer des économistes, des sociologues ou des responsables de l'économie solidaire, par exemple, comme le préconisait le précédent rapport d'évaluation du PNNS⁶⁹ ;

⁶⁷ Table ronde parlementaire préparant la loi de modernisation de la santé, 2 décembre 2014.

⁶⁸ Arrêté du 12 mai 2010 fixant les modalités de fonctionnement du Conseil national de l'alimentation.

⁶⁹ Évaluation du programme national nutrition santé 2006-2010, p. 128.

- Ce « sanitario-centrisme » est à l'opposé de l'approche interministérielle affichée et incontournable ; il interroge aussi sur sa cohérence avec la philosophie même du PNNS, plan de prévention à dominante comportementale mais éclairé pour son suivi par des sommités très majoritairement issues du monde du soin ;
- Dès lors, au lieu de fondre leurs politiques dans un PNNS à vocation syncrétique, les autres ministères reprennent au contraire à leur compte et intègrent, dans leurs propres plans, les actions du PNNS qui leur reviennent ;
- En revanche, les agences régionales de santé ne sont représentées ni au COPIL, ni au comité de suivi, alors qu'elles portent concrètement les actions et tout le poids de l'animation voire de la coordination des acteurs, et qu'elles sont les mieux placées pour recueillir le retour d'expérience des initiatives de terrain ; c'est également le cas des collectivités locales.
- Le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales n'apparaît pas non plus dans la gouvernance du plan, alors que ses attributions couvrent une grande part des acteurs centraux et régionaux de celui-ci.

[137] Dans les faits, la distinction entre le comité de suivi et le comité de pilotage du PNNS-PO apparaît assez ténue.

[138] Loin d'être des lieux de synthèse, ces comités permettent des échanges d'information, chaque partie prenante ou pilote opérationnel venant exposer l'état de ses sujets. Mais cette vision partagée n'est pas une vision commune. Le COPIL PNNS n'a pas joué le rôle prévu par le décret précité « proposer des évolutions d'orientation ». Cela aurait nécessité un dialogue itératif entre les administrations centrales et les entités techniques et scientifiques qui le composent, afin que soient anticipés les besoins d'études et de mobilisation des expertises.

[139] Sans réelle portée décisionnelle, ces instances n'attirent que très rarement les cadres dirigeants. Le directeur général de la santé lui-même assiste peu souvent à leurs réunions et la plupart des interlocuteurs rencontrés par la mission ignorent son rôle ; pour eux, le Pr Hercberg est le président du COPIL et du comité de suivi.

[140] La direction générale de la santé assure le secrétariat de ces comités⁷⁰. Une « mission PNNS/PO » exerçait cette fonction au début de la mise en œuvre du plan⁷¹, aujourd'hui dévolue au bureau « alimentation et nutrition » placé au sein de la sous-direction « prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation ». Le tableau de bord tenu à jour par ce bureau rend mal compte de la réalité et de l'ampleur des actions effectivement mises en œuvre, comme la mission a pu le mesurer lors de ses déplacements.

[141] La DGS elle-même n'est pas épargnée par la fragmentation des sujets et des attributions relatifs au PNNS. Selon son arrêté d'organisation du 6 avril 2016 : la sous-direction précitée conduit « la politique nutritionnelle et de sécurité sanitaire de l'alimentation » et, à ce titre, elle « élabore et veille à la mise en œuvre du programme nutrition santé » ; mais il revient à la sous-direction en charge « de la santé des populations et des maladies chroniques » d'élaborer et de veiller à la mise en œuvre « des stratégies, plans et programmes de santé publique visant la prévention des maladies non transmissibles », et de traiter de « l'usage nocif d'alcool » sous l'angle des addictions.

⁷⁰ Décret n° 2012-531 du 19 avril 2012.

⁷¹ Un secrétaire général du PNNS-PO dirigeait cette mission sur la base d'une lettre de mission en date du 22 octobre 2010 ; son mandat a pris fin le 30 juin 2012.

- [142] Ainsi, la situation actuelle se situe aux antipodes de la recommandation du précédent rapport d'évaluation, lequel préconisait de « refonder la gouvernance du programme avec un rattachement interministériel pour assurer une véritable conduite de programme » selon deux scénarios⁷² : « créer un comité de gouvernance opérationnelle composé » des directeurs généraux des administrations en charge du PNNS et « des politiques sectorielles impactées par le PNNS » ; ou bien de créer un « véritable comité interministériel nutrition santé » réuni au niveau des ministres ou des directeurs généraux.
- [143] Pourtant, la création en 2014⁷³ du comité interministériel pour la santé, présidé par le Premier ministre, et dont le comité permanent restreint est présidé par le directeur général de la santé, aurait pu faciliter la mise en œuvre de cette recommandation⁷⁴.
- [144] Pour se convaincre du bien-fondé d'un portage interministériel, le fait que le plan obésité ait été suivi à l'origine par un conseiller placé auprès du Premier ministre a été souligné, par le Pr Basdevant, comme un élément majeur de la dynamique initiale de sa mise en œuvre. Le plan Alzheimer fournit un autre exemple de la rapidité de décision et d'action permise par un pilote placé auprès d'un décideur interministériel en situation d'arbitrage, si nécessaire, entre les différents ministères concernés.
- [145] L'échec de l'émergence d'une gouvernance interministérielle à la hauteur d'un plan portant sur la qualité nutritionnelle de l'alimentation et l'activité physique, deux déterminants non médicaux de la santé parmi les plus importants, a trouvé sa conclusion naturelle par la disparition du statut réglementaire du COPIL et du comité de suivi du PNNS. En effet, le décret n° 2015-1469 du 13 novembre 2015 portant suppression de commissions administratives à caractère consultatif est venu abroger le décret d'organisation des comités de pilotage et de suivi du PNNS (Art. 25). Ces derniers continuent néanmoins de se réunir. Mais seul le CNA a conservé un statut officiel, même si son activité récente semble marquer le pas, au moins en termes d'avis rendus.

1.2.4.8 Une gouvernance régionale inégale, laissée à l'appréciation des ARS et des préfets

- [146] La mission ne peut prétendre à l'exhaustivité des constats : dans les délais impartis, seules trois régions actuelles ont pu être visitées, ce qui correspond à six régions selon la carte territoriale précédente.
- [147] La volonté de formalisation d'un dispositif local de coordination s'était exprimée en 2002 avec les premiers PNNS par la mise en place de comités techniques régionaux nutrition-santé chargés de « susciter, coordonner et d'animer les programmes et actions proposées au niveau local⁷⁵ », sous l'égide des préfets de région.
- [148] Aujourd'hui, l'articulation formalisée entre la gouvernance centrale du PNNS et les régions n'existe plus.
- [149] De plus, la création des ARS a sensiblement éloigné les préoccupations de santé des préfets, à l'exception bien sûr de la sécurité et des crises sanitaires. Bien que le directeur général de l'ARS soit membre du comité de l'administration régionale présidé par le préfet de région et dans lequel siègent l'ensemble des services déconcentrés.

⁷² Évaluation du programme national nutrition santé 2006-2010, p. 128-129.

⁷³ Décret n° 2014-629 du 18 juin 2014 portant création du comité interministériel pour la santé.

⁷⁴ À la date de remise de ce rapport, ce comité n'a pas été réuni.

⁷⁵ Circulaire DGS/ SD5 A n° 2002-13 du 9 janvier 2002 relative à la mise en œuvre du programme nutrition santé.

- [150] Le domaine de la prévention est du ressort désormais⁷⁶ exclusivement des compétences de l'ARS, les préfets ayant néanmoins un rôle à jouer dans les domaines de l'hygiène et de la salubrité.
- [151] Or, les dispositions juridiques sont mal articulées au regard des actions du PNNS :
- Le projet régional de santé (PRS) est composé⁷⁷ : du plan stratégique régional qui définit les objectifs et les priorités de santé ; des schémas de mise en œuvre de cette stratégie (dont le schéma régional de prévention évoqué ci-après) ; et de programmes de santé transversaux.
 - Le schéma régional de prévention (SRP)⁷⁸ a pour cible l'ensemble de la population de la région et pour ambition de réaliser une coordination des partenaires agissant sur les déterminants de la santé, notamment au service de la réduction des inégalités sociales de santé. L'ARS a toute compétence pour y déterminer les « modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de la prévention ». Mais les autres acteurs conviés au SRP sont limitativement énoncés dans le code de la santé publique : il s'agit des « organismes et services ministériels » agissant dans les « domaines de la santé scolaire et universitaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ».
 - Le contrat local de santé⁷⁹ (CLS) est conclu entre l'ARS et les collectivités territoriales ou leurs groupements, il établit un lien entre le projet régional de santé (PRS), y inclus le schéma régional de prévention, et les actions portées par les collectivités, alors qu'elles n'ont pas de compétences juridiques en santé *stricto sensu*. Elles peuvent en avoir sur des sujets impliquant des déterminants de santé dont certains sont au cœur du PNNS (sports, urbanisme et activité physique, restauration collective...).
- [152] Ainsi, les préfets, les services de l'État, les associations... peuvent être associés aux CLS, mais tous ne peuvent contribuer formellement au schéma régional de prévention.
- [153] Le préfet dispose de l'autorité fonctionnelle sur les DRAAF, les DRJSCS et les autres services déconcentrés, mais il n'a plus de compétence de coordination sur les sujets de prévention ; le DG de l'ARS n'a pas cette autorité fonctionnelle alors qu'il doit être l'architecte régional de la prévention.
- [154] Cette situation a abouti à une forte hétérogénéité résultant à la fois :
- de la sensibilité de chaque directeur général d'ARS aux sujets de prévention et à la priorité qu'il accorde en particulier aux thématiques du PNNS au regard de l'épidémiologie régionale ;
 - de la réceptivité des acteurs locaux (collectivités territoriales, associations...) à ces thématiques ;
 - de la volonté de coopération des services déconcentrés dont les missions sont convergentes avec le PNNS : DRAAF, DRJSCS, rectorats et, dans une moindre mesure, DREAL ;
 - de la volonté des préfets de région d'impulser et de piloter ces coopérations en organisant des comités informels de coordination des politiques et des actions de prévention auxquels peuvent être associées les ARS.

⁷⁶ Version consolidée au 1^o juillet 2010 du décret n°2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et les départements ; article L. 1431-2 du code de la santé publique.

⁷⁷ Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé.

⁷⁸ Article R. 1434-3 du CSP ; guide méthodologique SRP du 5 novembre 2010.

⁷⁹ Article L. 1437-17 du CSP.

1.2.4.9 Les financements témoignent de la faible priorité accordée, concrètement, au PNNS

- [155] Les crédits du PNNS sont inscrits au programme 204 « prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » (montant total en 2016 : 520 M€). La présentation des priorités du programme en introduction du document budgétaire cite « la mauvaise alimentation » comme l'une des trois priorités de l'action publique pour 2016. Cependant, une lecture détaillée du programme ne permet pas de trouver les éléments à l'appui de cette intention. Les priorités du PNNS sont pour le moins délaissées par le ministère de la santé : l'alimentation est rarement évoquée ; l'activité physique encore moins.
- [156] Il est en effet remarquable qu'aucune des priorités du PNNS ne soit reprise parmi les objectifs et les indicateurs de performance du programme 204⁸⁰. Pourtant, la lutte contre les inégalités territoriales et sociales de santé fait formellement partie du premier de ses deux objectifs. Mais, en pratique, seules les inégalités territoriales étayent l'un de ses indicateurs (dépistage du cancer colorectal).
- [157] L'alimentation n'est pas davantage évoquée dans les paragraphes qui concernent l'ANSES. Il est mentionné que l'agence reçoit aussi des crédits du programme 206 (pilote par le ministère de l'agriculture). Mais l'environnement ressort de la présentation budgétaire comme la mission prioritaire de cette agence. Rien d'étonnant, dès lors, que l'actualisation des repères du PNNS par l'ANSES prenne des délais considérables et se limite à ce jour à l'activité physique⁸¹.
- [158] Les crédits exclusivement dédiés au PNNS n'apparaissent que rarement dans les documents budgétaires ; et il est difficile de les isoler au sein des dotations globales aux opérateurs dont le champ d'intervention est plus large (ARS, ANSES et INPES principalement, mais aussi INVS, INSERM et INCa) :
- 0,83 M€ AE et CP pour financer l'Oqali et l'observatoire de l'alimentation (INRA), l'expérimentation sur l'étiquetage nutritionnel, des actions de sensibilisation (travailleurs sociaux, collectivités territoriales), des actions expérimentales (coupons alimentaires, promotion de l'activité physique), la distribution de compléments alimentaires à Mayotte et la poursuite de l'enquête sur les consommations alimentaires en Guyane. La longueur de cette liste laisse dubitatif au regard de la faiblesse du montant des crédits dédiés ;
 - Une partie des crédits versés aux ARS (124,5 M€) pour financer les schémas régionaux de prévention et venant abonder le fonds d'intervention régional (FIR) ; selon le dernier rapport d'activité publié, 10,85 M€ financés par le FIR ont été consacrés en 2014 par l'ensemble des ARS au titre de la nutrition et de la lutte contre l'obésité⁸² ; le montant total des crédits délégués au FIR pour l'exercice 2014 s'est élevé à 3,252 Md€ ;
 - Une partie (non déterminable) des crédits d'État versés à l'ANSES (13,43 M€) ; à l'INPES (23,8 M€) ; à l'INCa (47,7 M€) ; à l'INVS (56,6 M€), tous organismes recevant des subventions complémentaires de l'assurance maladie dans des proportions variables.

⁸⁰ L'objectif 1 (améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé) a pour indicateurs le taux de couverture vaccinale contre la grippe des 65 ans et plus ; le taux de participation au dépistage du cancer colorectal et la prévalence du tabagisme.

L'objectif 2 (prévenir et maîtriser les risques sanitaires) a des indicateurs portant sur l'eau potable, le délai de traitement des signaux d'alerte sanitaire et le délai de traitement des demandes d'autorisation de mise sur le marché par l'ANSM. Source : PLF 2016 programme n° 204.

⁸¹ La saisine de la DGS pour l'actualisation de ce repère date de 2012 ; le rapport et l'avis ont été délivrés au printemps 2016.

⁸² Fonds d'intervention régional – rapport d'activité 2014 / SGMAS octobre 2015 page 127

- [159] Le contraste est donc frappant avec le programme 206 « sécurité sanitaire et qualité de l'alimentation » piloté par la direction générale de l'alimentation, et qui met en avant le PNA dès son introduction⁸³. L'un des 5 indicateurs de performance du programme est la « promotion de comportements favorables à une alimentation diversifiée et équilibrée ».
- [160] Paradoxalement, le programme 206 met en exergue le PNNS comme une référence pour le premier de ses trois objectifs (page 5), alors que le programme 204 ne l'évoque explicitement que dans la partie « justification au premier euro » (page 38). Il est vrai que la DGAL bénéficie d'un champ de compétences bien plus resserré que celui de la DGS.
- [161] Cependant, les moyens réservés au PNA paraissent modestes (3,97 M€), alors que son appel à projet annuel est financé à 75 % par la commission européenne. Le document budgétaire du ministère de l'agriculture annonce par ailleurs que « la coordination (du PNA) avec le programme national nutrition santé sera renforcée » en 2016, sans autre précision.
- [162] Finalement, les financements spécifiques du PNNS sont essentiellement consacrés aux campagnes d'information grand public et aux outils pratiques réalisés par l'INPES, ainsi qu'aux études quasi exclusivement pilotées par l'ANSES.
- [163] Dès lors, le fonds d'intervention régional et les crédits de prévention constituent la principale des sources de financement à l'appui des initiatives locales suscitées par les appels d'offres initiés par les ARS.
- [164] En regard de la faiblesse des crédits distribués, la lourdeur et le coût des processus administratifs générés par la conception, la mise en œuvre et le suivi de ces appels d'offres interrogent sur l'efficacité de ces dispositifs. De plus, l'effet de levier souvent invoqué au niveau central ne se vérifie pas au niveau local.
- [165] En revanche, la faiblesse des moyens humains fléchés par les ARS sur le portage du PNNS interpelle. Ainsi, l'ARS Ile de France lui dédie au mieux 2 ETP, alors que la nutrition figure systématiquement dans tous ses contrats locaux de santé. Les autres ARS rencontrées par la mission consacrent de 0,5 à 1 ETP à cette thématique.
- [166] Au total, force est de constater que les moyens dévolus au PNNS, pour promouvoir une alimentation et un mode de vie sains, restent terriblement modestes face aux millions d'euros déployés par l'industrie pour conforter l'assuétude⁸⁴ à une alimentation faiblement diversifiée et déséquilibrée.

1.2.5 Incontestables au niveau national, la visibilité et l'impact du PNNS sont faibles au plan local face à la concurrence des autres plans

- [167] Pour la mise en œuvre du PNNS, la DGS s'appuie en premier lieu sur les opérateurs dont elle assure la tutelle principale :
- L'INPES (désormais l'agence France santé publique) pour la communication, l'animation du site « mangerbouger.fr », la formation et l'évaluation ; ainsi que pour l'attribution du logo PNNS, après avis d'un comité d'experts réuni dix fois par an et qui se prononce sur la base d'un cahier des charges exigeant⁸⁵;
 - L'ANSES pour les études et l'expertise : INCA / études individuelles nationales des consommations alimentaires⁸⁶ ; Oqali / observatoire de la qualité de

⁸³ Source : PLF 2016 programme n° 206.

⁸⁴ Assuétude : accoutumance, dépendance, addiction.

⁸⁵ Arrêté du 9 novembre 2011 relatif aux conditions d'utilisation de la marque « programme national nutrition santé » ; un nouvel arrêté précisant le cahier des charges du comité d'attribution du logo PNNS est en cours de signature ».

⁸⁶ La troisième étude INCa, lancée en février 2014, a été menée jusqu'à l'été 2015. Elle concerne 472 communes. Ses résultats seront rendus publics fin 2016.

l'alimentation⁸⁷ ; observatoire de l'alimentation⁸⁸ ; EAT / études de l'alimentation totale⁸⁹ ; comités d'experts⁹⁰ permanents pour l'actualisation des repères, auxquels peuvent être attachés des groupes de travail thématiques dont les mandats sont temporaires. Cette agence de sécurité sanitaire peut s'autosaisir de sujets éventuellement en lien avec le PNNS.

- [168] Ces agences portent les actions qui donnent au PNNS sa légitimité scientifique et sa visibilité nationale.
- [169] La relation de la DGS avec les ARS est en principe assurée par le secrétariat général des ministères sociaux⁹¹, via le comité de pilotage des ARS et l'exercice de reporting annuel qu'il organise. Les échanges relatifs à la réalisation des contrats locaux de santé constituent à cette occasion l'un des temps forts de la relation entre la DGS et les ARS. Un point sur la mise en œuvre des CLS par les ARS figure dans le rapport annuel relatif au FIR que produit le secrétariat général du ministère des affaires sociales.
- [170] La capacité d'influence de la DGS sur les autres acteurs du PNNS est beaucoup moins grande et décroît à mesure que leurs compétences et leurs attributions sont éloignées des déterminants médicaux de la santé des populations.
- [171] Mais la DGS n'a pratiquement aucun lien avec les autres acteurs du déploiement du PNNS sur les territoires : services déconcentrés hors sphère santé, collectivités territoriales, associations, organismes sociaux, établissements et entreprises.
- [172] Les limites évoquées supra de la gouvernance du PNNS expliquent aussi l'essoufflement global de la mise en œuvre de ses actions. Ainsi, le site web des villes actives du PNNS (310 villes recensées) est peu attractif, faute pour la DGS de disposer des moyens nécessaires à une véritable animation de réseau. Il est remarquable que les villes actives du PNNS ne soient pas représentées au comité de suivi du PNNS, alors que les villes santé de l'OMS le sont.

1.2.5.1 La notoriété du PNNS est acquise au plan national, mais ne touche pas la cible des populations précaires

- [173] L'essentiel des moyens financiers du PNNS étant dévolu aux actions de communication nationales, sa notoriété est incontestable. Et cela bien que, selon les chiffres communiqués par l'INPES, le budget consacré aux actions « grand public » du PNNS ait connu une sensible érosion au fil du temps.

⁸⁷ Géré conjointement par l'Anses et l'INRA depuis 2008, réalise des études sectorielles visant à caractériser la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire : information nutritionnelle disponible sur les emballages, composition nutritionnelle des produits.

⁸⁸ Créé par la loi de modernisation de l'agriculture et de la pêche de juillet 2010. Il a pour mission d'éclairer les acteurs économiques et les pouvoirs publics sur les évolutions de l'offre et de la consommation alimentaires.

⁸⁹ L'objectif des études de l'alimentation totale est d'appréhender les expositions par voie alimentaire aux agents microbiologiques, chimiques et physiques.

⁹⁰ Essentiellement les comités d'experts spécialisés suivants : « nutrition humaine », « évaluation des risques physico-chimiques dans les aliments », « évaluation des risques biologiques dans les aliments ».

⁹¹ Hors crise de sécurité sanitaire.

Tableau 5 : Budget du programme nutrition de l'INPES 2011-2015

VENTILATION	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL M€ TTC
communication	5,7	6,47	4,8	4,65	2	23,62
édition/diffusion	1,13	1,46	0,48	1,07	0,98	5,12
études	0,32	0,5	0,37	0,1	0,3	1,59
divers	1,15	1,17	0,55	0,48	0,35	3,7
TOTAL M€ TTC	8,3	9,6	6,2	6,3	3,63	34,03

source : INPES bilan du plan 2011-2015 - pilote de cadrage national INPES - 24/03/2016

- [174] L'INPES a mis en place une palette de services à la disposition des acteurs de terrain. Le site « mangerbouger.fr » est emblématique de cette politique : son audience, en forte croissance entre 2012 et 2014, connaît une certaine érosion depuis 2015 (Cf. 1.4.3.1 ci-dessous).
- [175] Il semble que, de façon plus large, les outils de communication mis en place par l'INPES ne touchent pas les différents publics de façon homogène.
- [176] Au-delà des slogans connus de tous, le PNNS peine à atteindre les populations les moins favorisées.
- [177] Les responsables locaux et nationaux des épiceries solidaires, dont les initiatives pour conjuguer aide et qualité alimentaires sont remarquables, ont par exemple regretté l'abandon récent du format papier du calendrier des saisons, mieux adapté aux publics précaires que le site internet, ainsi que la rigidité des conditions d'octroi du logo PNNS aux aides pédagogiques développées, ce qui rend difficile leur usage pour ces publics.
- [178] Par ailleurs, l'INPES a réalisé le pilote d'un dispositif de formation et d'accompagnement méthodologique des intervenants de l'aide alimentaire entre 2006 et 2012, à la demande de la DGCS. Ce pilote avait permis de mener 782 actions portées par 625 structures (essentiellement des IREPS⁹²) et de former 945 personnes. L'évaluation réalisée en 2013 par l'INPES⁹³ a montré « des apports de connaissances significatifs » permettant de sensibiliser les bénéficiaires de l'aide alimentaire à l'amélioration nutritionnelle de leur alimentation et d'implémenter des actions de promotion de la santé autour de l'alimentation afin de favoriser leur insertion sociale. Il aurait été intéressant que la DGCS puisse s'assurer, auprès des ARS, de la continuité et de l'amplification de ce dispositif.

1.2.5.2 La visibilité et l'impact du PNNS sont trop faibles au plan local

- [179] Au plan local, la visibilité du PNNS comme sa compréhension sont faibles.
- [180] Les acteurs locaux rencontrés par la mission connaissent assez bien et apprécient la « fabrique à menus » et ils l'utilisent. Ils connaissent aussi les slogans « manger-bouger » et « cinq fruits et légumes par jour ». Mais, selon eux, il y a loin de la connaissance du slogan à sa mise en œuvre par les différents publics. Bouger autant que l'on mange – et inversement- ou manger moins et bouger plus ? 5 fruits et légumes, ou 5 portions de fruits et légumes ? et qu'est-ce qu'une portion : 80, 100 grammes ou davantage ?

⁹² 26 Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé, regroupées en réseau dans la FNES (fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé), partenaires de l'INPES ; elles forment les pôles régionaux de compétences pour la formation des professionnels, l'accompagnement ou l'évaluation des projets.

⁹³ Source INPES Bilan du PNNS 2011-2015 ; 24/03/2016.

- [181] La nutrition telle qu'elle est promue par le PNNS est perçue comme trop normative, théorique, descendante et trop compliquée, alors que la réussite des projets locaux repose sur la simplicité et la convivialité.
- [182] Dès lors, le PNNS (qui octroie la labellisation sur dossier, sans échange direct ni visite sur place) est concurrencé par des initiatives qui semblent moins lointaines et moins bureaucratiques, plus ouvertes et parfois plus anciennes, même quand elles affichent un lien avec lui. Par exemple, l'association FLVS « fédérons les villes pour la santé »⁹⁴ qui labellise les villes VIF (Vivons en forme), le réseau français des villes santé de l'OMS ou, de création plus récente, le réseau des villes sport-santé sur ordonnance⁹⁵.
- [183] Enfin, peu d'acteurs connaissent les axes du PNNS. Ce constat tranche avec celui de la notoriété des quatre priorités du PNA, lesquelles il est vrai ont le mérite de la clarté⁹⁶ et bénéficient d'appels à projets récurrents promus par les DRAAF, elles-mêmes en relation étroite avec la DGAL.
- [184] Le combat semble donc inégal entre le PNNS, porté entre autres priorités par des ARS inégalement motivées et suivant des déclinaisons régionales variables, et le PNA, mis en œuvre de façon cohérente et lisible par des DRAAF concentrées sur un nombre de missions plus restreint.
- [185] Cette réalité crée plus souvent au niveau local un climat de concurrence plutôt que de fertiles coopérations, faute de lieu précis où s'organiserait la mise en synergie des efforts et des projets associant les DRAAF, les DRJSCS, les Rectorats, les collectivités locales. Les acteurs locaux déplorent l'absence ou l'insuffisance de cette coordination territoriale que l'État est le seul légitime à pouvoir exercer.
- [186] En effet, nombreux sont les acteurs de terrain qui agissent dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique. Mais ils le font rarement en référence au PNNS et s'appuient peu sur ses productions et ses guides, alors qu'ils sont par ailleurs demandeurs de soutien méthodologique et d'outils clés en mains.
- [187] La présence territoriale du PNNS est donc modeste, essentiellement fondée sur les actions, en nombre limité, presque exclusivement conduites dans le cadre d'appels à projets fortement dépendants, par nature, de la qualité des initiatives et des partenariats locaux.
- [188] La mission a été frappée, au fil des rencontres avec les IREPS, les associations, les collectivités territoriales, par la faiblesse de l'impact de ces actions, en termes de populations touchées. Seules les approches relatives à la restauration collective portées par les collectivités locales les plus impliquées permettent pour le moment d'atteindre sur une échelle assez large les publics enfants-adolescents et adultes.
- [189] Déjà modeste, cette présence est marquée par un essoufflement de l'engagement des collectivités, largement lié à l'absence d'animation du réseau des villes PNNS déjà évoquée et de « grain à moudre », la plupart des actions revêtant un caractère expérimental ou ne touchant que des groupes très limités de personnes.

⁹⁴ Son conseil d'administration comprend 1 membre de droit représentant le PNNS et désigné par « le président du PNNS » statuts mis à jour du 28 juin 2012.

⁹⁵ Créé en octobre 2015 à l'initiative de la ville de Strasbourg et ouvert à l'international (pour l'instant : Suisse, Belgique, Québec).

⁹⁶ La justice sociale ; l'éducation alimentaire de la jeunesse ; la lutte contre le gaspillage alimentaire ; l'ancrage territorial et la mise en valeur du patrimoine alimentaire.

- [190] L'initiative ICAPS – intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité, illustre elle aussi la difficulté structurelle du PNNS à passer de la phase pilote à l'industrialisation des actions même les plus porteuses d'efficacité. Elle a pourtant fait la preuve de son efficacité⁹⁷ ainsi que PRALIMAP⁹⁸.

Inspiré d'un modèle canadien, reconnu par l'OMS, ICAPS est une démarche promue au plan national par l'INPES depuis 2008 à travers une documentation fournie et surtout un MOOC depuis 2015.

Un comité de pilotage national pluri-partenarial réunit les mondes de la santé, de l'éducation et du sport. La démarche est inscrite dans la circulaire de l'Éducation nationale du 15 décembre 2011 relative à la politique éducative de santé dans les territoires académiques. Elle est promue au moyen d'actions en direction des élus (2012 : salon des maires et des collectivités locales) ou des éducateurs (guide diffusé à 74400 exemplaires) et de deux appels à projets en avril 2011 et février 2012.

Le bilan du déploiement de la démarche ICAPS par l'INPES auprès des 15 sites pilotes fait état de :

13 460 jeunes informés ainsi que 14 082 parents ;

5 718 jeunes sur 6 520 inscrits ont atteint l'objectif fixé et déclaré pratiquer une heure d'activité physique supplémentaire par semaine ;

382 professionnels ont suivi une formation en lien avec la démarche ICAPS ;

81 chartes et/ou conventions de partenariat ont été signées ;

Plus de la moitié des projets ont été pérennisés par les acteurs locaux.

La Guadeloupe prévoit d'étendre la démarche à l'ensemble des 46 collèges en 3 ans avec un partenariat ARS, éducation nationale, DRJSCS et IREPS.

La deuxième session du MOOC s'est tenue en avril 2016 et a réuni plus de 1 200 participants.

- [191] Les ARS favorisent ces démarches à travers un soutien méthodologique et ou financier. La mission a observé lors de ses déplacements en région que le nombre de projets ICAPS était modeste. Il conviendrait d'apporter une nouvelle dynamique dans les territoires en confiant son déploiement aux ARS et aux collectivités territoriales.
- [192] La difficulté rencontrée pour démultiplier les actions, même celles placées sous les meilleurs augures, n'est donc pour le moment pas surmontée par le PNNS, à l'exception de celles qui concernent le monde hospitalier.
- [193] Celui-ci bénéficie d'une organisation pilotée par la DGOS et obéissant à des conditions réglementaires de fonctionnement, notamment : comités de liaison en alimentation et nutrition (CLAN), rattachés aux commissions médicales d'établissement ; indicateurs du dépistage des troubles nutritionnels désormais intégrés dans le calcul des incitations financières à l'amélioration de la qualité généralisées en application de la LFSS pour 2016.
- [194] Bien des actions gardent un caractère expérimental : ainsi, les initiatives utiles prises par l'ARS du Limousin montrent-elles le chemin à parcourir par les EHPAD pour la généralisation du dépistage des troubles de la déglutition ou la restauration du plaisir de l'alimentation chez les personnes âgées.

⁹⁷ Simon C, Schweitzer B, Oujaa M, Wagner A, Arveiler D, Tribay E, et al. Successful overweight prevention in adolescents by increasing physical activity : a 4-year randomized controlled intervention, *International Journal of Obesity*, 2008, vol. 32, No. 10 : p. 1489-1498

⁹⁸ Bonsargent E, Agrinier N, Thilly N, Tessier S, Legrand K, Lecomte E, Aptel E, Herberg S, Collin JF, Briançon S. Overweight and obesity prevention for adolescents : a cluster randomized controlled trial in a school setting, *Am J Prev Med.*, 2013, 44(1), p. 30-39.

[195] L'expérimentation, qui a été la marque des PNNS successifs, devrait donc dans la période qui s'ouvre céder la place à la capitalisation, la mutualisation, la démultiplication des actions les plus fécondes en direction des enfants, des adolescents, des personnes âgées et des publics les plus précaires. Pour ce faire, il conviendrait de clairement séparer ce qui relève de l'expertise et ce qui relève de l'action à large spectre « socio-écologique », et se doter des moyens nécessaires au pilotage dynamique d'un fonctionnement en réseau.

1.2.6 Une multiplicité de plans réduit la lisibilité des orientations et la cohérence de l'action publique

[196] Au fil du temps, plusieurs plans ont été décidés par les pouvoirs publics, sans que leur cohérence ni leur complémentarité ne soient assurées par une coordination interministérielle efficace⁹⁹.

1.2.6.1 Les différents plans gouvernementaux s'additionnent en créant plus de confusions que de synergies voire de la concurrence

[197] Au fil des années on assiste à une addition de plans, partiellement intriqués, parfois redondants, insuffisamment synergiques ce qui brouille considérablement la lisibilité des orientations de l'action publique. Cela suscite aussi des incompréhensions entre les administrations. Ce constat a déjà été porté par la précédente mission d'évaluation du PNNS mais aussi par la mission d'évaluation du PNA.

[198] Ainsi, il apparaît que les positions parfois divergentes de la DGS et de la DGAL mettent en porte-à-faux la DGESCO¹⁰⁰ au moment de traduire les orientations de chacun des plans – PNNS et PNA, dans les documents d'orientation ou les aides pédagogiques. Ces différends sont perçus par la plupart des parties prenantes.

➤ Le PNA, programme national pour l'alimentation

[199] La loi de modernisation de l'agriculture instaure en 2010 une politique publique de l'alimentation qui se décline par le programme national pour l'alimentation – PNA. Ce plan, conçu en réponse au PNNS, est présenté en septembre 2010 comme s'inscrivant en complément du PNNS et du PO. Il comprend 86 actions.

[200] En décembre 2014, le nouveau programme pour l'alimentation est présenté par le ministre de l'agriculture. Il est adopté dans la droite ligne de la loi d'avenir pour l'agriculture¹⁰¹. Il tire les leçons du précédent PNA et se construit autour de quatre axes consensuels : la justice sociale, l'éducation alimentaire de la jeunesse, la lutte contre le gaspillage alimentaire et l'ancrage territorial et la mise en valeur du patrimoine. Se plaçant d'emblée comme garant du modèle alimentaire français « Gage de bonne santé et de sociabilité, ... [il] est un bien collectif qu'il faut transmettre aux générations futures. » le programme dégage avec précision et concision les principaux enjeux. Tirant les enseignements de l'évaluation du programme précédent¹⁰², il se positionne en réalité en concurrent direct du PNNS, bien qu'affirmant leur caractère complémentaire.

⁹⁹ Cf. à ce sujet recommandations n° 4, 8, 24 et 35 du rapport d'évaluation du PNNS 2, *op. cit.*

¹⁰⁰ DGESCO : Direction générale de l'enseignement scolaire.

¹⁰¹ LOI n° 2014-1170 du 13 octobre 2014 d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt, JORF n°0238 du 14 octobre 2014, p. 16601.

¹⁰² Rapport du Conseil général de l'agriculture, de l'alimentation et des espaces ruraux – CGAAER n°12150, Mission d'expertise et d'appui du programme national pour l'alimentation (PNA), décembre 2013.

➤ Le Plan sport santé bien-être, P2SBE

[201] Il succède au plan national de prévention par l'activité physique ou sportive – PNAPS, proposé par la commission « sport et santé » constituée par le professeur Jean-François Toussaint, dans un rapport remis à la ministre de la santé fin 2008.

[202] Le plan sport santé bien-être a été mis en place à partir d'une communication sur la promotion et le développement de la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique présentée au conseil des ministres du 10 octobre 2012 par les ministres des sports et de la santé¹⁰³. Le plan comporte 15 mesures déclinées en 47 actions destinées au grand public mais aussi à des publics plus spécifiques (Cf. annexe 5).

➤ Le Plan Cancer

[203] Depuis 2003, trois plans cancers successifs visent à améliorer la prise en charge des malades et la prévention. Le troisième plan 2014-2019 est décliné en 17 objectifs selon quatre axes : guérir plus de personnes malades, préserver la continuité et la qualité de vie, investir dans la prévention et la recherche et optimiser le pilotage et les organisations.

[204] Entre 2011 et 2015, l'institut national du cancer – INCa, a conduit plusieurs actions qui complètent ou développent des orientations du PNNS et qui figurent dans le plan cancer. La juxtaposition de certains dispositifs rend peu lisible l'action publique. Par exemple, l'INCa a créé un site internet dédié à la promotion de l'activité physique auprès des élus : des-communes-sengagent.fr, alors qu'existe déjà un site PNNS destiné aux communes : reseauvillesactivespnns.fr. Certes, les deux sites n'ont pas la même vocation, mais multiplier les sites émanant d'organismes publics n'est probablement pas gage d'efficacité¹⁰⁴.

➤ Information et éducation à l'alimentation à l'école

[205] Le code de l'éducation prévoit explicitement que l'information et l'éducation à l'alimentation sont dispensées dans les écoles en cohérence avec les orientations du programme national nutrition santé et du programme national de l'alimentation¹⁰⁵.

[206] Le site EDUSCOL met à la disposition des professionnels de l'éducation un ensemble de ressources destinées à permettre et faciliter la conduite des actions d'information et d'éducation à l'alimentation. Il propose huit rubriques sur le thème de l'alimentation qui permettent d'éclairer le sujet de manière très didactique.

[207] Le ministère de l'éducation nationale a indiqué qu'il rencontrait toutefois des difficultés en raison des divergences de vues, voire des antagonismes entre les directions d'administration centrale responsables de la conduite respectivement du PNA et du PNNS. Ces difficultés sont également perceptibles en région comme la mission l'a relevé lors de sa visite dans les Hauts-de-France. Elle note que la mission d'évaluation du PNA avait déjà relevé ces difficultés lors de son déplacement en région Nord-Pas-de-Calais¹⁰⁶.

¹⁰³ La déclinaison opérationnelle du plan est décrite par l'INSTRUCTION N° DS/DSB2/SG/DGS/DS/DGCS/2012 /434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, annoncées en conseil des ministres du 10 octobre 2012.

¹⁰⁴ Voir en annexe 6 les actions communes ou apparentées des plans cancer et du PNNS.

¹⁰⁵ [Article L312-17-3 du code de l'éducation](#).

¹⁰⁶ Rapport CGAAER n°12150, précédemment cité, p. 24-25.

➤ Le guide des contrats publics de restauration collective

[208] Ce guide mis en ligne sur le site du ministère de l'économie, a été édité en mars 2005. Il a été élaboré par le groupe d'étude des marchés restauration collective et nutrition (GEM-RCN). Il conviendrait de l'actualiser, conformément à l'arrêté du 30 septembre 2011 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre de la restauration scolaire et pour tenir compte des évolutions des repères nutritionnels.

➤ Le plan national santé environnement – PNSE

[209] Le plan santé environnement 2015-2019 est le troisième du genre. Il comporte 107 actions. Focalisé sur les facteurs environnementaux, il a très peu d'intersections avec le PNNS à l'exception de l'action 16 relative aux messages de santé publique dans le domaine de la nutrition.

[210] En octobre 2011, la Cour des comptes a eu l'occasion de dénoncer, en termes forts, l'addition de plans de santé publique – ils étaient alors une trentaine – sans véritable cohérence ni hiérarchisation, et « avec des redondances plus ou moins fortes parfois de l'un à l'autre »¹⁰⁷. Il semble que, cinq ans plus tard, ce constat sévère reste d'actualité.

« La politique nationale s'inscrit également dans une multiplicité des plans et programmes dont la Cour a déjà souligné le manque d'articulation et la faible hiérarchisation des objectifs. La prévention de l'obésité et du surpoids est à cet égard emblématique des difficultés que ce foisonnement a entraînées pour les ARS lors de l'élaboration de leurs priorités régionales. Les cadrages nationaux se sont en effet multipliés dans ce domaine : outre le plan Obésité 2010-2013, d'autres plans et programmes nationaux abordent la prévention selon une approche nutritionnelle : le programme national nutrition santé (2011-2015), le programme national pour l'alimentation élaboré en 2011, le plan « sport, santé, bien-être » publié en décembre 2012, la politique éducative en santé.

Cette accumulation de plans, hétérogènes dans leurs démarche et décalés dans le temps, a induit une préjudiciable perte de lisibilité des objectifs¹⁰⁸. »

1.2.6.2 Les initiatives ministérielles non coordonnées envoient des signaux contradictoires

[211] Le portage de projet d'envergure comme l'ONAPS – Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, par des fonds de l'industrie agroalimentaire met en évidence les difficultés de coordination des actions ministérielles. Comment communiquer sur les dangers des sodas sucrés alors que le leader mondial de ces boissons s'affiche aux côtés du ministère des sports pour la promotion de l'activité physique¹⁰⁹ ? Quel est le message adressé aux jeunes consommateurs de ces boissons ?

L'ONAPS a pour objet d'évaluer le niveau d'activité physique et sportive et le temps passé à l'activité sédentaire en population générale mais aussi dans des populations ciblées par le P2SBE. Il a été créé par le ministère des sports sans que le ministère de la santé soit associé.

¹⁰⁷ In *La prévention sanitaire*, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, Cour des comptes, octobre 2011.

¹⁰⁸ *Op.cit.* ci-dessus.

¹⁰⁹ Cf. le communiqué de presse de Coca-Cola du 4 juin 2015.

- Le nouveau PNA est un modèle pour son accessibilité, sa compréhension et son potentiel d'appropriation par le grand public mais il minimise l'enjeu de santé publique.

[212] Le PNA est vu par les acteurs de la santé comme un contrefeu au PNNS répondant à la demande des lobbies des producteurs et industriels de l'agro alimentaire comme des distributeurs. Cette observation a déjà été formulée lors de la précédente évaluation du PNNS¹¹⁰. Il conviendrait de dépasser ce clivage, car il est possible de dégager des convergences d'intérêt autour de la qualité des aliments, de leur production, des circuits de distribution, de leur packaging et de leur étiquetage, de leur préparation, de leur qualité gustative et nutritive.

1.2.6.3 Administrations partenaires et acteurs locaux piochent dans les différents plans pour tenter de donner une cohérence à l'action publique

[213] Lors de ses déplacements en région, la mission s'est efforcée d'apprécier la manière dont les agences régionales de santé – ARS, et leurs partenaires ont pu développer les synergies sur les questions relatives à la nutrition. Les ARS sont conduites à pallier les difficultés de coordination nationale en faisant elles-mêmes la synthèse du PNNS, du PNA et du P2SBE avec les DRAAF, les DRJSCS¹¹¹ et les services de l'éducation nationale.

[214] En ex-Picardie¹¹², la dynamique partenariale a été forte. Les orientations du PNNS avaient été intégrées dans le Projet régional de santé – PRS. Les travaux se sont appuyés sur les données de l'Observatoire régional de la santé – ORS. La coopération avec l'éducation nationale développée entre la DRASS¹¹³ et le rectorat dans le cadre du GRSP¹¹⁴ s'est poursuivie à la création de l'ARS. Un comité régional de santé – CRS s'est réuni régulièrement et l'agence a diffusé aux participants la lettre d'actualité du PNNS/PO jusqu'en 2014¹¹⁵. Avec la DRAAF, il a été décidé d'unir les efforts pour être plus efficace en conduisant des actions en complémentarité et non en concurrence. Une convention a été signée fin 2012 entre le rectorat, l'ARS et la DRAAF.

Un kit pédagogique pour les enseignants a ainsi été produit avec le soutien de l'INPES dans le cadre de l'opération « un fruit à la récré ». Pour la restauration scolaire, un travail local a conduit à la rédaction d'une charte des restaurants scolaire « plaisir à la cantine ».

[215] Pour coordonner les actions de l'ARS et de la DRJSCS, une convention de partenariat entre le préfet de Région, préfet de la Somme, et le directeur général de l'ARS a été signée début 2013. Elle vise à promouvoir la santé et l'activité physique. L'agence a lancé avec la DRJSCS un projet sport santé comme relai thérapeutique. L'agence a pu mobiliser les réseaux de santé existants sur des territoires ciblés alors que la DRJSCS mobilisait le mouvement sportif.

[216] Finalement, la dynamique partenariale entre les acteurs concernés par les questions de nutrition s'est concrétisée par la signature d'une convention nutrition entre l'ARS, la DRAAF, le Rectorat et le Conseil régional de Picardie le 8 juin 2015.

¹¹⁰ *Op. cit.* p. 37.

¹¹¹ DRAAF : direction de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt ; DRJSCS : direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

¹¹² La Picardie fait maintenant partie de la région hauts-de-France, qui comprend également l'ex région Nord-Pas-de-Calais.

¹¹³ DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

¹¹⁴ GRSP : groupement régional de santé publique.

¹¹⁵ La diffusion de la lettre s'est interrompue. L'indigence de l'animation nationale a été soulignée.

- [217] En ex-Aquitaine¹¹⁶, une tradition de coopération entre les parties prenantes a permis le développement d'actions originales couvrant plusieurs orientations du PNNS. Les différents acteurs que la mission a rencontrés ont fait preuve d'une grande détermination à maintenir des modalités de travail transversal. Le programme « Manger mieux, bouger plus en Aquitaine » est conduit dans cet esprit.

De multiples actions en matière de nutrition sont menées sur le territoire aquitain, impliquant une grande diversité d'acteurs. L'ARS a donc souhaité, au travers du programme régional « Manger mieux Bouger plus en Aquitaine » (MMBPA), renforcer les synergies des acteurs impliqués et étoffer les actions.

La mise en œuvre de ce programme, animée par l'ARS, la Direction régionale de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), la Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF) et le Rectorat, repose sur une gouvernance partagée associant institutions (État, collectivités, régimes d'assurance maladie – CPAM, CARSAT, MSA, RSI) et acteurs de terrain (associations, IREPS, REPOPOP, réseaux)... Les réalisations de l'ADAPEI 33 peuvent également être citées comme un exemple d'appropriation réussie du PNNS et du PNA par des acteurs motivés et pour des projets d'envergure, y compris au plan éducatif.

1.2.7 Un engagement bien trop modeste des entreprises du secteur agro-alimentaire et de la grande distribution

- [218] Le PNNS revendique un dialogue permanent et un partenariat actif avec le secteur agro-alimentaire, dont les représentants sont membres du comité de suivi. Dans la pratique, les actions qui concernent les professionnels du secteur sont intégrées à l'axe II du PNA, piloté par la DGAL ; certaines d'entre elles, tout à fait intéressantes, n'ont néanmoins qu'un lointain rapport avec l'objectif nutritionnel du PNNS¹¹⁷.
- [219] D'autres sont plus directement dédiées à l'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'alimentation. Ainsi des actions visant à « généraliser les démarches volontaires et les partenariats publics/privés permettant d'innover pour améliorer la qualité des éléments » ; ou de « développer des variétés végétales à haute valeur environnementale, nutritionnelle et organoleptique ».
- [220] Des actions complémentaires à celles du PNA ont été intégrées au PNNS. L'une d'entre elles, qui concerne le développement et la valorisation des « chartes d'engagement volontaires de progrès nutritionnel pour une offre alimentaire allant dans le sens des objectifs du PNNS », a suscité l'intérêt des acteurs de l'agro-alimentaire, qu'il s'agisse pour eux de la volonté d'anticiper sur les attentes des consommateurs ou de conjurer la menace de mesures de régulation plus radicales et plus autoritaires.
- [221] Un « référentiel pour les chartes d'engagements volontaires de progrès nutritionnel proposées par des entreprises du secteur alimentaire dans le cadre du PNNS », cosigné par les ministères de l'économie et des finances, de l'agriculture, de l'agro-alimentaire et de la forêt, des affaires sociales et de la santé, et un « comité de validation des chartes d'engagement de progrès nutritionnel », ont été mis en place en 2013.

¹¹⁶ L'Aquitaine est désormais réunie avec le Limousin et le Poitou-Charentes en une seule et même région administrative – ALPC, prochainement Nouvelle-Aquitaine.

¹¹⁷ Certains items concernent le développement des circuits courts, la formation à l'hygiène des professionnels ou la sécurité sanitaire des produits.

1.2.7.1 Chartes d'engagements et accords collectifs : un élan initial, mais sans impact systémique et désormais au point mort

- [222] L'étude de l'ANSES de 2013 relative à l'impact des chartes d'engagement volontaire sur les volumes de nutriments mis sur le marché révèle un bilan mitigé¹¹⁸. Les moyens ne sont pas à la hauteur des enjeux, surtout si les résultats de l'évaluation de l'impact des chartes sont croisés avec les conclusions d'autres rapports de l'agence.
- [223] Ainsi, la réduction de la teneur en sucres ajoutés pour les produits concernés par les chartes s'accompagne-t-elle d'un recours nouveau et croissant aux édulcorants. Dès lors, l'éducation du goût des consommateurs n'est pas réalisée et ils continueront d'attendre la même satisfaction gustative lorsqu'ils se tourneront vers des produits hors chartes. En outre, un autre rapport de l'ANSES conclut à la possible nocivité des édulcorants intenses et établit de façon paradoxale un lien entre leur consommation et la prise de poids¹¹⁹.
- [224] Par ailleurs, les résultats relatifs aux habitudes de consommation ne tiennent pas compte du sel ou du sucre rajoutés par les consommateurs. Il faudra attendre les résultats de l'étude INCA3 pour pouvoir l'apprécier.
- [225] Car ce dispositif, après un élan initial qui a vu se conclure plus d'une trentaine de chartes (37 exactement) entre 2008 et 2012, est aujourd'hui en panne¹²⁰ et il est concurrencé voire confondu avec celui proposé par le ministère de l'agriculture. Celui-ci apparaît, sur le papier, mieux ciblé (approche par filière et non par produit), et plus adapté tant pour convaincre et éduquer le consommateur (baisser petit à petit les teneurs en sel ou en sucre) que pour améliorer la qualité nutritionnelle des aliments (modifier la qualité des graisses des charcuteries ou la teneur en sel des pains, par exemple). Mais, dans la pratique, le résultat des 5 « accords collectifs volontaires pour l'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments » validés n'est pas davantage probant.
- [226] Seul un arbitrage politique clair entre les priorités de santé publique et les intérêts industriels à court terme, et restitué dans les règlements et si nécessaire la fiscalité applicables au secteur, pourra parvenir à une transformation substantielle de l'offre alimentaire.

1.2.7.2 Un sujet nouveau, l'étiquetage nutritionnel

- [227] L'une des mesures du PNNS a pour objet de « mettre en place des interventions spécifiques pour réduire les inégalités sociales de santé en matière nutritionnelle », en favorisant, entre autres items, « la poursuite des analyses visant l'amélioration de l'information du consommateur... ». Cependant, la mise en place d'un étiquetage nutritionnel ne figure pas dans les mesures du PNNS arrêtées en 2010, mais parmi les propositions du rapport commandé à Serge Hercberg et Arnaud Basdevant en 2013 dans le cadre de l'élaboration de la stratégie nationale de santé.
- [228] Leurs propositions « pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique » font la part belle à la prévention nutritionnelle.
- [229] Les deux vice-présidents du PNNS proposent la mise en place de 3 mesures structurelles visant conjointement à :

¹¹⁸ Étude d'impact des chartes d'engagement volontaires de progrès nutritionnel sur les volumes de nutriments mis sur le marché, chiffres Oqali, INRA, ANSES, édition 2013. Cf. en annexe 4 la synthèse des travaux de l'ANSES retenus dans le cadre de la mission IGAS.

¹¹⁹ Avis relatif à l'évaluation des bénéfices et des risques nutritionnels des édulcorants intenses, ANSES, 19/11/2014, révisé le 9/01/2015.

¹²⁰ Les industriels justifient cette désaffection par l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent de valoriser leurs démarches de progrès nutritionnel.

- [230] - « éclairer les consommateurs (notamment les plus défavorisés) sur la qualité nutritionnelle des aliments pour les aider à arbitrer leurs choix, tout en respectant leur liberté » ;
- [231] - « améliorer l'offre de *marketing* en réduisant la pression incitant les consommateurs (notamment les plus fragiles) à orienter leur consommation vers des aliments de moins bonne qualité nutritionnelle [...] » ;
- [232] - « favoriser l'accessibilité économique à des aliments de meilleure qualité nutritionnelle, facilitant des arbitrages en faveur d'aliments dont le PNNS veut assurer la promotion à la place de ceux dont il recommande de limiter la consommation » ;
- [233] - « améliorer l'offre alimentaire en termes de qualité nutritionnelle des aliments mis à la disposition de l'ensemble des consommateurs [...] afin de diminuer de façon significative, mais sans affecter le plaisir gustatif, les apports en graisses, sucres et sel ».
- [234] Des 3 mesures proposées, et présentées avec insistance comme complémentaires, seule la 1^{ère} retiendra l'attention des pouvoirs publics.
- [235] L'intérêt d'un « système d'information nutritionnelle unique » ou « échelle de qualité nutritionnelle », immédiatement visible en face avant de l'emballage du produit sous la forme d'un logo et complémentaire de la déclaration nutritionnelle obligatoire prévue par le règlement INCO, située en général sur d'autres faces de l'emballage, est abondamment documenté dans la littérature scientifique. Mais les promoteurs de la mesure admettent que la plupart de ces études sont réalisées dans des « cadres contrôlés ou virtuels », portent sur des « comportements d'achat à court terme », et ne testent pas l'impact de la mesure dans la durée. Néanmoins, ils estiment que ces travaux fournissent indirectement « des arguments suffisamment convaincants » pour que les comités d'experts nationaux et internationaux soutiennent la mise en place de ce type de mesure.

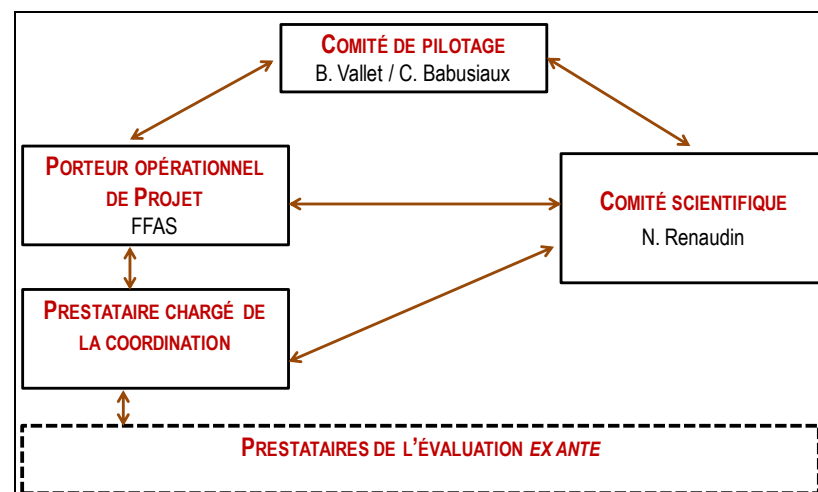
Depuis l'entrée en vigueur de la directive 90/496/CEE, tous les produits alimentaires préemballés doivent porter un étiquetage nutritionnel dès lors que le produit est transformé (par exemple par l'ajout de vitamines ou additifs) ou en présence d'une allégation nutritionnelle ou de santé. Ces dispositions ont été renforcées par le règlement européen n° 1169/2011 concernant l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires (INCO), qui rend obligatoire à compter du 13 décembre 2016 une déclaration nutritionnelle comportant les quantités en énergie, en protéines, en lipides (dont acides gras saturés), en glucides (dont sucres) et en sel, figurant sur l'emballage de façon lisible, dans un caractère dont la taille est précisée dans le texte. La déclaration peut être complétée, de façon volontaire : nature des acides gras et des sucres, fibres, vitamines et minéraux...

Le règlement INCO fixe également les exigences selon lesquelles un étiquetage complémentaire peut être volontairement affiché en face avant de l'emballage : il prévoit de façon explicite qu'il puisse comporter graphiques, symboles ou logos, sous réserve que ces formes « soient étayées par des éléments scientifiquement valides » prouvant (entre autres exigences) que le consommateur les comprend et que l'information se fonde sur des apports de référence validés ; il autorise les États membres à recommander aux acteurs de l'agro-alimentaire les formes de présentation de la déclaration nutritionnelle complémentaire qui leur paraissent les plus adéquates.

- [236] L'article L.3232-8 du code de la santé publique, issu de l'article 14 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, prévoit que, « afin de faciliter le choix du consommateur au regard de l'apport en énergie et en nutriments à son régime alimentaire (...) la déclaration nutritionnelle obligatoire » prévue par le règlement INCO « peut être accompagnée d'une présentation ou d'une expression complémentaire au moyen de graphiques ou de symboles, dans les conditions prévues à l'article 35 dudit règlement ».

- [237] Sans contester frontalement l'intérêt d'un étiquetage complémentaire, visible et accessible, nombre d'acteurs de l'industrie se sont émus du militantisme actif des équipes du PNNS pour l'un des systèmes en vigueur, fondé sur des codes couleur très explicites et qu'ils jugeaient susceptible de disqualifier de façon insuffisamment discriminante des familles entières de produits¹²¹.
- [238] Certaines parties prenantes ont insisté sur la nécessité de fournir des repères de consommation (taille des portions, fréquence de consommation). D'autres ont souligné le risque, bien étayé dans la littérature scientifique, de toucher davantage, une fois de plus, les personnes les mieux informées que celles qui constituent les cibles prioritaires du PNNS.
- [239] Tous ont pointé le fait que l'étiquetage nutritionnel pouvait avoir un intérêt, au demeurant modeste, dans le cadre d'une stratégie globale et cohérente mais ne constituait pas une panacée, capable de faire seule contrepoids aux logos, slogans, campagnes et injonctions des marques et produits les plus séduisants pour les consommateurs.
- [240] Une concertation approfondie, associant consommateurs, patients, distributeurs, industriels, scientifiques et administrations a été conduite sous l'égide du ministère de la santé. Elle a fait émerger la demande d'une évaluation préalable de différents dispositifs en conditions réelles d'achat, permettant de comparer leur impact sur la qualité nutritionnelle des achats alimentaires¹²².

Schéma 3 : Dispositif de concertation pour l'étiquetage nutritionnel



Source : DGS, présentation au comité de suivi/pilotage du PNNS, du 2/6/ juin 2016

- [241] Le décret relatif aux modalités d'établissement et d'évaluation des recommandations portant sur l'information nutritionnelle sur les denrées alimentaires instaurées à l'article L. 3232-8 du code de la santé publique devrait être publié avant le 1^{er} juillet, permettant la tenue de l'évaluation en magasin de septembre à décembre 2016 puis l'analyse des résultats par l'ANSES.
- [242] Quatre dispositifs graphiques différents seront testés :

¹²¹ Le système anglais est constitué d'une échelle colorimétrique reprenant les codes de la circulation (*food traffic light labelling*).

¹²² L'évaluation préalable sera conduite sur la base d'un protocole élaboré par un comité scientifique composé d'experts n'ayant pas de conflits d'intérêts sur le sujet.

- - Deux sont des dispositifs synthétiques, construits à partir d'une classification réalisée sur la base de la teneur du produit en nutriments majeurs : Nutri-Score et Sens¹²³.

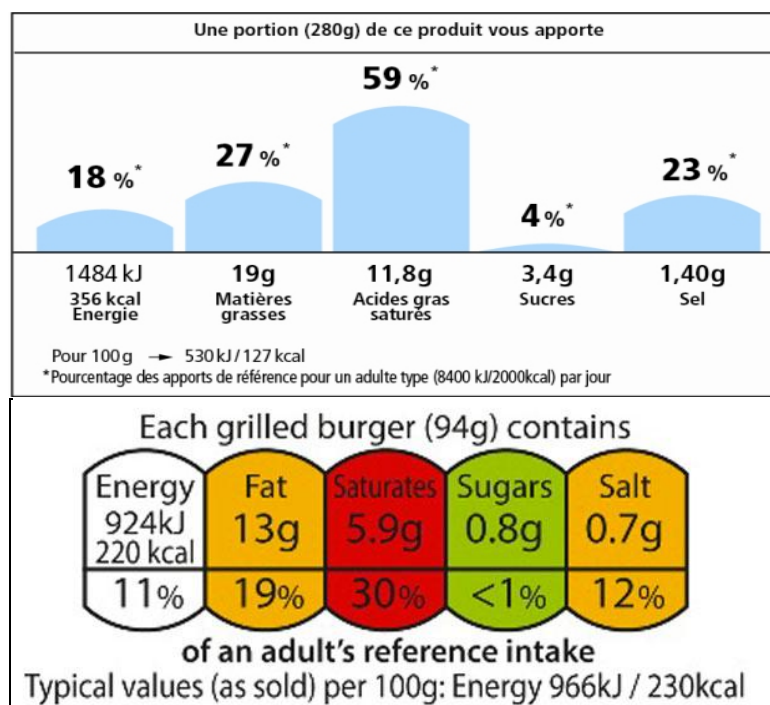
Schéma 4 : Dispositifs d'étiquetage nutritionnel Nutri-Score et Sens



Source : DGS, présentation au comité de pilotage du PNNS du 2 juin 2016

- Deux sont des dispositifs analytiques qui indiquent, en pourcentage des besoins journaliers¹²⁴ et en valeur absolue, la contribution d'une portion en énergie, matières grasses, acides gras saturés, sucres et sel : Nutri-Repère qui existe déjà en France, est monocolore ; Traffic Lights, utilisé en Grande-Bretagne, est tricolore.

Schéma 5 : Dispositifs d'étiquetage nutritionnel Nutri-Repère et Traffic Lights



Source : DGS, présentation au comité de pilotage du PNNS du 2 juin 2016

¹²³ « Nutri-Score » répartit les produits en cinq catégories ; les cinq couleurs apparaissent systématiquement sur l'emballage, avec un effet de « loupe » sur la catégorie du produit concerné.

« Sens » est un système à 4 couleurs, comportant une indication sur la fréquence de consommation recommandée.

¹²⁴ Par rapport aux repères nutritionnels journaliers de référence.

[243] Les ministres chargés de la santé, de l'agriculture et de la consommation arrêteront leur décision au début de l'année 2017, permettant une mise en place sur les emballages par les producteurs qui le désireront dès le premier semestre 2017.

1.2.7.3 Le *marketing* alimentaire continue à se développer

[244] Il n'y a plus guère de développement des ventes ou de lancement de nouveaux produits sans études et campagne *marketing*. Cela est particulièrement vrai pour le domaine de l'agroalimentaire où la concurrence est forte. Dans ce secteur, les entreprises innent donc pratiquement deux fois plus que dans le secteur manufacturier¹²⁵. La pression *marketing* s'exerce alors sur les consommateurs notamment pour les aliments hautement énergétiques, à teneur élevée en graisses saturées, en acide gras trans en sucres et en sel. Il est donc considéré que le *marketing* participe de la dégradation des comportements alimentaires, favorise la surconsommation et en définitive le surpoids et l'obésité¹²⁶.

[245] Au fait des dernières études sur les comportements en matière de consommation et sur la meilleure façon de les faire évoluer, ces entreprises ont souvent un temps d'avance sur les plans et les messages de prévention¹²⁷. Par exemple, les fabricants de boissons alcoolisées ont lancé une campagne de promotion accompagnée d'un slogan qui tend à faire penser qu'il y a un repère de consommation en la matière. Cette démarche est directement inspirée des repères nutritionnels du PNNS ce qui lui donne de la crédibilité aux yeux des consommateurs. Le leader mondial des sodas développe une stratégie globale par laquelle il associe consommation et bonheur. En s'emparant du message de prévention « manger, bouger » il associe sa marque aux plus grands événements sportifs et il soutient des projets ministériels. Cette stratégie de communication permet d'allier bien-être, activité physique et consommation de sodas. Elle vise à communiquer sur le plaisir d'une consommation décomplexée, et valorise « la dimension hédonique de l'expérience de consommation »¹²⁸.

¹²⁵ Selon les éléments de l'enquête du ministère de l'agriculture sur l'innovation et l'utilisation des technologies de l'information dans les entreprises agroalimentaires, publiés en janvier 2016 : *Sur le plan du marketing, les industries agroalimentaires se distinguent fortement par la priorité donnée au design et à l'emballage des produits : 43 % des entreprises déclarent une telle innovation contre 21 % dans l'industrie manufacturière. La mobilisation de nouvelles techniques ou de nouveaux médias pour la promotion des biens (28 %), l'introduction de nouvelles méthodes de vente ou de distribution (15 %) et la définition de nouvelles stratégies de tarification (17 %) complètent l'éventail des leviers utilisés.*

Agreste, Les dossiers, *l'innovation et l'utilisation des technologies de l'information dans les entreprises agroalimentaires*, numéro 31, Janvier 2016, p. 11.

¹²⁶ Chandon P, André Q, Les effets du marketing sur les comportements alimentaires, *Cahiers de nutrition et diététique*, 2015, N° 50, p. 6S73.

¹²⁷ Surtout lorsque les messages élaborés par les experts en communication des agences spécialisées en santé publique sont modifiés ou refusés par les services des ministères...

¹²⁸ Gurviev P, Nutrition et santé : la communication des entreprises auprès des consommateurs, *Cahiers de nutrition et diététique*, 2016, N°51, p. 24.

- [246] Une mention particulière doit être réservée au *marketing* à destination des enfants. En dépit des nombreux engagements et déclarations d'intentions, aucune disposition contraignante n'a été prise pour les protéger de cette pression¹²⁹. Pourtant, l'impact du *marketing* sur les préférences alimentaires des enfants est solidement étayé¹³⁰ ce qui en fait d'ailleurs une cible prioritaire de l'industrie agroalimentaire¹³¹. En plus de cette pression *marketing*, le *branding* auprès des enfants se révèle particulièrement efficace pour fidéliser les futurs clients¹³².

Selon « l'ABC » du *marketing*, les enfants sont une cible pour trois raisons : ils ont leur propre capacité à dépenser, ils influencent leurs parents pour le choix des produits et des marques, ils grandissent et constitueront les futurs clients de toute la gamme de produits. C'est pourquoi les marques doivent le plus tôt possible leur faire prendre conscience de leur existence et s'efforcer de les fidéliser.

1.2.7.4 Et prend même des formes inattendues

- [247] Pose également problème l'omniprésence de certaines marques qui sponsorisent des programmes de recherche publique, au point qu'il est difficile de trouver un nutritionniste dont la déclaration publique d'intérêt soit vierge.
- [248] La présence des marques est aussi très visible pour des événements culturels ou sportifs voire certains programmes d'éducation nutritionnelle et de lutte contre la sédentarité. Cette visibilité montre que la pression *marketing* et le *branding* réussissent y compris dans la sphère publique ou avec son accord implicite alors qu'elle est pourtant chargée de la défense des consommateurs, en particulier des plus fragiles d'entre eux – les enfants et les personnes défavorisées.

En 2014 Coca-Cola a dépensé près de 3,5 Md\$ en publicité ; elle est la marque de boissons qui dépense le plus dans ce domaine.

La compagnie sponsorise la coupe du monde de football depuis les années 50. Coca-Cola aurait dépensé près de 350 M\$ en campagne de publicité pour la coupe du monde au Brésil en 2014, ce qui en fait la plus importante campagne promotionnelle de la marque¹³³.

Avec McDonald's, qui « sélectionne et habille les enfants qui accompagnent les joueurs sur le terrain », Coca-Cola sera également très présente tout au long de l'Euro 2016 en France.

- [249] Au final, prédomine le sentiment que les pouvoirs publics, tétanisés par la réglementation communautaire, par le risque d'érosion des budgets publicitaires du secteur audio-visuel, par le poids économique du secteur agro-alimentaire et de la grande distribution, et dans un contexte de désaccord stratégique persistant entre les ministères, répugnent à se doter d'une stratégie cohérente envers ce qu'il faut bien appeler le lobby agro-alimentaire.

¹²⁹ En particulier le point 12 de la déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020, en juillet 2013.

¹³⁰ Cf. à ce sujet :

Gardé A. Friant-Perrot M., *L'impact du marketing sur les préférences alimentaires des enfants*, Rapport pour l'INPES, 15 septembre 2014 ;

WHO regional office for Europe, *Marketing of foods high in fat, salt and sugar to children : update 2012-2013*, 2013.

¹³¹ Cairns G, Angus K, Hastings G, Caraher M. Systematic reviews of the evidence on the nature, extent and effects of food marketing to children. A retrospective summary, *Appetite*, 2013, No. 62, pp.209-215.

¹³² Cf. Hastings G. *Why corporate power is a public health priority*, *BMJ* 2012 ; 345 : e5124, august 2012.

¹³³ Informations données par la FIFA – Fédération internationale de football association, sur son site internet.

about-fifa.com/marketing/sponsorship/partners/coca-cola

1.3 Le Plan Obésité, une impulsion décisive pour la prise en charge de l'obésité sévère

[250] Le « plan obésité » est le fruit d'une commande politique. Annoncé par le président de la République le 21 mai 2010, il a été préparé en amont par une commission dont il avait confié la présidence à M^{me} Anne de Danne¹³⁴ ; et en aval de l'annonce présidentielle par le Pr Arnaud Basdevant¹³⁵, sollicité pour « conduire le plan », et en fait pour le construire.

1.3.1 Un plan fort heureusement associé au PNNS

[251] Nombreux sont les interlocuteurs de la mission à avoir suggéré que le plan obésité aurait, dans l'esprit de ses initiateurs, été conçu comme une alternative au PNNS, jugé insatisfaisant. La mission ne peut écarter cette hypothèse mais constate que les coordinateurs du plan obésité et du PNNS ont su s'affranchir d'une commande politique ambiguë, et penser le PO comme le volet spécifiquement dédié à l'obésité du PNNS.

[252] Les deux plans sont en fait de nature différente. Le plan obésité, contrairement au PNNS voulu comme un plan plus grand public, s'adresse pour l'essentiel aux professionnels de la santé, avec une priorité explicite : donner une impulsion nécessaire à une meilleure prise en charge des personnes souffrant d'obésité sévère dans le système de soins.

[253] Le plan obésité ne fait jamais – volontairement – référence aux définitions du surpoids et de l'obésité admises au niveau national et international. Il ne traite pas un IMC, il se propose de prendre en charge une personne de façon globale.

[254] Le plan obésité comporte quatre axes prioritaires : recherche, prévention, organisation des soins, lutte contre les discriminations, réunissant un ensemble de mesures et d'actions dont certaines sont inscrites dans d'autres plans ou programmes : PNA, PNNS, PNSE, PNAI, PSE... Il concerne aussi la politique de la ville, dans une perspective de réduction des inégalités sociales et territoriales ; ainsi que les collectivités territoriales et les ARS dans le cadre des contrats locaux de santé, et les partenaires associatifs (consommateurs, personnes obèses).

¹³⁴ Rapport au Président de la République de la Commission pour la prévention et la prise en charge de l'obésité, présidée par Mme Anne de Danne, conseiller référendaire à la Cour des Comptes et déléguée générale de la fondation Wyeth pour la santé de l'enfant et de l'adolescent – la Documentation française – Décembre 2009.

¹³⁵ Arnaud Basdevant est professeur de nutrition à l'université Pierre et Marie Curie et responsable du département d'endocrinologie-métabolisme et nutrition de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière à Paris.

Tableau 6 : Répartition des actions du plan obésité selon les axes

	Axe 1 – Améliorer l’offre de soins et promouvoir le dépistage chez l’enfant et chez l’adulte	Axe 2 – Mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l’environnement et promouvoir l’activité physique	Axe 3 – Prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre les discriminations	Axe 4 – Investir dans la recherche
Nombre de mesures	10	4	5	4
Nombre d’actions	14	10	5	7
Nombre de sous-actions ¹³⁶		23 (et 12 sous-sous actions)		

Source : Mission IGAS

[255] Pour chacune des actions, un pilote est désigné ; des partenaires identifiés ; un calendrier de mise en œuvre arrêté et des indicateurs d’évaluation précisés. En revanche, le catalogue de mesures est présenté de façon non hiérarchisée et parfois discutable¹³⁷. Aucun financement spécifique n’accompagne malheureusement le plan.

[256] L’efficacité du plan tient largement à son pilotage interministériel, sous l’autorité des services du Premier ministre, qui a permis de lui donner une forte impulsion initiale et d’assurer la participation effective et de haut niveau des différents départements ministériels, de la CNAMTS, des ARS, des associations professionnelles.

[257] Ce pilotage interministériel est remis en question par le décret n° 2012-531 du 19 avril 2012¹³⁸ qui instaure un comité de pilotage et un comité de suivi commun au PNNS (2011-2015) et au plan obésité (2010-2013), sous la présidence du directeur général de la santé, « assisté » par les présidents du PNNS et du plan obésité. En 2013, le plan obésité se trouve inclus de fait dans le PNNS, sous l’autorité de la DGS, sans qu’une décision explicite d’y mettre un terme ait été prise¹³⁹.

1.3.2 Un bilan du plan obésité contrasté

1.3.2.1 Il est très positif pour l’axe 1, parce qu’attendu par les professionnels spécialisés qui s’en sont emparés

[258] Le plan obésité répondait à une forte attente des professionnels de la nutrition et de la prise en charge (notamment) de l’obésité. Ils ont constitué d’emblée un important réseau territorial mobilisé dès la conception du plan, connaissant bien les besoins des populations et les caractéristiques des territoires, disponibles pour une mise en œuvre rapide du 1^{er} axe.

¹³⁶ Certaines des « sous-actions » reprennent des « axes » du PNA et du PNNS, ce qui introduit une confusion avec les « quatre axes prioritaires » du plan obésité ; certaines des sous-actions sont elles même décomposées en sous-sous-actions.

¹³⁷ Ainsi, le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels des populations en situation de handicap ne sont pas cités dans le chapitre consacré à l’amélioration de l’offre de soins et au dépistage...

¹³⁸ Décret n° 2012-531 du 19 avril 2012 relatif à l’organisation et au fonctionnement du comité de pilotage et du comité de suivi du programme national relatif à la nutrition et à la santé (2011-2015) et du plan obésité (2010-2013).

¹³⁹ Il semble qu’aucune réponse n’ait été apportée au rapport final adressé le 25 mai 2013 par le Pr Basdevant à la ministre de la Santé.

[259] De fait, un travail considérable a été accompli en peu de temps et la plupart des actions de l'axe 1 ont été réalisées ou sont en bonne voie d'avancement. Parmi elles, il faut citer : l'élaboration des recommandations de bonne pratique clinique de la HAS pour la prise en charge médicale de 1^{er} recours du surpoids et de l'obésité et celle des fiches pratiques à destination des médecins généralistes et pédiatres ; l'organisation des transports sanitaires bariatriques ; l'équipement de services hospitaliers et de SSR en matériel permettant la prise en charge des personnes obèses ; la structuration de l'offre spécialisée selon le principe de la gradation des soins, du dépistage des personnes à risque, grâce aux services de santé scolaire, de médecine du travail et des médecins généralistes, à la labellisation de 37 centres spécialisés (CSO) et de 5 « centres intégrés » ou « centres de référence », associant soins et recherche ; la labellisation de programmes d'éducation thérapeutiques.

Les centres spécialisés de l'obésité (CSO) sont au nombre de 37 (au moins un par région, sauf en Corse et en Guyane).

Destinés à traiter des cas les plus sévères (obésité morbide, avec complications), ils disposent des équipements adaptés, d'une expertise clinique pluri-disciplinaire (endocrinologues, nutritionnistes, cardiologues, pneumologues, psychiatres, neurologues...) et de chirurgiens et d'anesthésistes-réanimateurs spécialisés en chirurgie bariatrique ; ils sont également chargés de la coordination territoriale avec l'ensemble des intervenants (chirurgiens extérieurs au CSO, médecins de ville, SSR¹⁴⁰, associations...) auprès de la personne obèse. Chaque CSO a bénéficié, par redéploiement, d'un financement initial de 70 000 euros/an au cours des deux premières années pour impulser cette coordination territoriale.

1.3.2.2 Mais les actions de prévention sont restées les parents pauvres du plan

[260] Jusqu'à une époque récente, les patients obèses étaient ignorés par le système de soins, au point d'y être souvent maltraités faute notamment d'équipements adaptés : le plan obésité a donc marqué un progrès très sensible des prises en charge de l'obésité morbide. Il a fortement contribué à faire reconnaître la médecine de l'obésité et il a fait progresser son organisation. Cependant, celle-ci est aujourd'hui hospitalo-centrée et parfois, comme la mission a pu le constater, ignorée des praticiens de ville.

[261] La mission constate que la décision de ne labelliser que des CSO disposant d'une offre structurée de chirurgie bariatrique, a – implicitement mais fortement – orienté la politique française de prise en charge de l'obésité sévère vers la chirurgie. Cela a conforté une tendance à la médicalisation de la question du surpoids et de l'obésité, au détriment d'une large mobilisation sociétale.

Les indications chirurgicales ne devraient constituer que l'ultime recours des prises en charge. Pourtant, 50 000 actes de chirurgie bariatrique sont désormais réalisés chaque année en France ; 250 000 personnes ont déjà été opérées, 250 000 autres le seront avant la fin 2020, alors que les connaissances, le recul et les repères manquent pour en identifier les effets à long terme, tant pour chacune des personnes opérées que pour le système de soins¹⁴¹. D'où le caractère crucial d'une bonne organisation du suivi, dans la durée, de ces patients¹⁴².

¹⁴⁰ SSR : Soins de suite et de réadaptation.

¹⁴¹ Si des complications devaient apparaître de façon sérielle, le système de soins serait confronté à un impact systémique de grande ampleur.

¹⁴² « État actuel de la chirurgie bariatrique en France », C. Schaaf, A. Iannelli, J. Gugenheim, in e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2015, 14 (2) : p. 104-107.

Les interlocuteurs de la mission ont souvent insisté sur le fait que, ayant donné la priorité à la prise en charge, notamment chirurgicale, de l'obésité sévère, le plan obésité est loin de constituer un plan global de prévention du surpoids et de l'obésité.

Tableau 7 : Points forts et points faibles du PO

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
Mise à disposition des professionnels des outils et recommandations facilitant la prise en charge	Une communication limitée en direction des médecins généralistes, absente en direction du grand public
Labellisation de 37 CSO et de 5 centres de référence	Risque de banalisation de l'option chirurgicale, et sous estimation du risque de dénutrition en aval
Mise en place d'un volet Outre-mer (sauf en Guyane ?)	
Richesse et innovation dans les actions de terrain	Absence de lieu ou d'outil de remontée et de mutualisation/généralisation des bonnes pratiques
	Absence totale de la question du surpoids et de l'obésité dans certains plans régionaux de santé, malgré la réalité des chiffres
Pilotage interministériel à haut niveau	Affaiblissement progressif de la dimension interministérielle

Source : Mission IGAS

- [262] De fait, le plan obésité a permis de transformer la prise en charge de l'obésité morbide dans le système de soins.
- [263] Il n'a en revanche pas pu jouer le rôle qui lui avait été dévolu – coordinateur et amplificateur – concernant la prévention du surpoids ou l'accompagnement des obésités modérées.
- [264] Ce diagnostic sévère ne signifie pas que rien n'aurait été fait dans ces domaines.
- [265] De nombreuses actions de terrain ont été et sont en effet conduites, en lien ou non avec les CSO : les services d'endocrinologie-diabétologie-nutrition, les ateliers santé ville, le monde associatif, les épiceries solidaires, les CCAS, les établissements scolaires, les contrats locaux de santé... Ateliers de cuisine, éducation alimentaire, achats responsables, retour à l'activité physique, déplacements doux (marche, vélo), déconstruction des stéréotypes... La liste des initiatives est longue... qui font parfois, mais pas toujours, référence au PNNS ou au plan obésité, auxquels elles ont parfois préexisté. On peut citer par exemple le travail de l'association Rest'O, qui propose un accompagnement ambulatoire en petits groupes, fondé sur l'écoute et le « renforcement des capacités » de la personne obèse, grâce à une équipe qui inclut un éducateur médico-sportif, un diététicien, un psychologue¹⁴³.
- [266] Il faut dire ici que la plupart des actions du plan obésité concernant la prévention du surpoids « reprennent », sans moyens humains ni financiers dédiés, des actions par ailleurs incluses dans le PNA, le PNNS, le programme santé éducation...
- [267] Elles ne touchent hélas qu'une petite proportion des personnes en surpoids ou obèses, sont fréquemment présentées comme des expérimentations (alors que leur bénéfice est largement admis), financées de façon discontinue, via des appels à projets par définition peu inscrits dans le temps et reposent plus souvent sur un fort engagement militant que sur des dispositifs institutionnels robustes.

¹⁴³ Rest'O (regroupement pour l'éducation, le suivi et le traitement de l'obésité) est une association, créée par le Pr Monique Romon en 1999, qui propose depuis 2003 en Nord-Pas-de-Calais des actions d'accompagnement des personnes obèses.

[268] La mission a dû constater que – faute de mobilisation interministérielle (qui seule eût permis de traiter de sujets émergents, comme la question des déplacements urbains, de l'activité physique en lien avec les inégalités sociales) et d'un ancrage territorial et sociétal suffisants – la question de la prévention du surpoids et de l'obésité modérée reste dans les faits peu traitée en dehors du champ de la santé.

[269] De même, et de façon un peu paradoxale, pour un plan qui avait pour ambition de changer le regard de la société sur les personnes obèses et de combattre la maltraitance et les discriminations, la mise en œuvre des actions destinées à lutter contre les discriminations¹⁴⁴ est restée bien trop symbolique et discrète¹⁴⁵. On peut néanmoins citer ici le travail réalisé par l'IREPS des Pays-de-Loire et d'Aquitaine sur « l'image du corps » ou encore l'action conduite par le ministère de l'éducation nationale, dans le cadre de la lutte contre le harcèlement scolaire¹⁴⁶.

1.3.3 Essentiellement hospitalier au départ, le plan obésité sort désormais des murs : vers un parcours de soins pour les enfants et adolescents atteints d'obésité sévère

[270] Le travail engagé dans le cadre du plan obésité ne s'est pas interrompu à l'échéance de celui-ci, fin 2013. Face à l'explosion du nombre d'actes chirurgicaux, soutenue par une importante demande publique, un travail a été engagé, relatif à la pertinence des indications chirurgicales, qui doit être améliorée ; à la qualité des pratiques et à la labellisation des établissements¹⁴⁷, qui semble désormais nécessaire ; à la structuration des parcours (y inclus l'éducation thérapeutique), et du suivi (notamment post-chirurgical) des patients ; à la consolidation du maillage territorial, qui devrait être étendu aux établissements SSR sur une échelle plus large que celle déjà réalisée, et surtout aux médecins généralistes.

[271] Les initiatives comme OBEPEDIA montrent la voie. Fondée sur l'article 32 de la LFSS pour 2014¹⁴⁸ et sur la lettre de mission de la DGOS¹⁴⁹ adressée au groupe de concertation des CSO, ce projet vise à « définir pour les enfants et adolescents atteints d'obésité sévère la séquence de prise en charge qui commence au sein des centres spécialisés de l'obésité (CSO) pour aller jusqu'à la mise en œuvre d'un projet de soins et d'accompagnement personnalisé incluant les coopérations multidisciplinaires qui impliquent aussi bien l'hôpital que la ville ».

[272] D'autres initiatives ont été prises à partir du plan obésité et mériteraient d'être amplifiées. Ainsi de la création du centre de réadaptation et de convalescence de St-Yrieix-la-Perche qui accueille des personnes obèses en amont de la chirurgie et avec l'ambition de l'éviter.

¹⁴⁴ Par exemple à l'embauche.

¹⁴⁵ Le flou persiste d'ailleurs sur la nature même des messages à encourager : lutte contre les discriminations et restauration de l'image de soi ? Ou promotion de la diversité des corps et du « *fat is beautiful* » ?

¹⁴⁶ Selon la DGESCO, « *l'apparence physique* » et « *l'excès de poids* » seraient les 1^{ères} causes de harcèlement à l'école.

¹⁴⁷ On dénombre 433 centres dans lesquels on réalise des interventions de chirurgie bariatrique, dont un tiers en réaliseraient moins de 30/an.

¹⁴⁸ Des expérimentations de nouveaux modes d'organisation des soins peuvent être mises en œuvre, pour une durée n'excédant pas quatre ans, dans le cadre de projets pilotes visant à optimiser les parcours de soins des patients souffrant de pathologies chroniques. Ces projets pilotes concernent soit un nombre restreint de pathologies, dont la liste est fixée par le décret en Conseil d'État, soit un nombre restreint de régions dans lesquelles ils sont mis en œuvre.

¹⁴⁹ Lettre de mission DGOS du 8 septembre 2014 au groupe de concertation des CSO.

1.4 Au total, le bilan du PNNS ne peut échapper à un certain nombre d'imprécisions

- [273] Dresser le bilan du PNNS est difficile en raison du grand nombre des actions, de la diversité des cibles, du caractère anecdotique ou expérimental de certaines initiatives de terrain, de la multiplicité des indicateurs et de la difficulté d'établir des corrélations.
- [274] C'est le lot, presque par définition, des politiques de prévention, qui s'inscrivent dans le temps long et dont les résultats ne peuvent être évalués qu'à cette aune. Les indicateurs disponibles sont donc plus souvent relatifs à la consommation de ressources ou à la réalisation d'actions qu'à la mesure de l'impact des plans mis en œuvre. D'autant que le caractère multifactoriel des évolutions, lorsqu'elles sont captées, rend difficiles les corrélations avec tel ou tel déterminant.
- [275] D'où la tentation de s'en tenir à ce qui reste le plus facile à évaluer : le degré de notoriété d'une campagne nationale, d'un slogan ou d'un repère nutritionnel¹⁵⁰, l'évolution de la composition d'un aliment, le nombre de villes partenaires ou d'entreprises signataires de chartes d'engagement... indépendamment de l'intensité et de la qualité de leur engagement, de l'enthousiasme, de la capacité d'innovation, de la capacité à convaincre de nombre de partenaires militants rencontrés sur le terrain,
- [276] Faute de savoir mesurer l'impact réel du programme sur la santé de la population, on dénombre les dossiers déposés en réponse à un appel à projets, les bénéficiaires présumés d'actions éphémères, les pages vues sur un site.
- [277] Concernant le PNNS, il faut noter que bien des actions relèvent de la gouvernance, de la promotion et de la popularisation du programme, ou de la recherche ; utiles, voire indispensables, elles n'ont pas d'impact, sinon indirect, sur la santé et la qualité de vie des populations¹⁵¹.
- [278] L'évaluation du PNNS 3 s'est heurtée à la non disponibilité des conclusions des études qui auraient permis d'apprécier certaines évolutions intervenues depuis le plan précédent ; et à l'absence d'un cadre de référence stable, dont les données (y compris épidémiologiques), régulièrement actualisées, fourniraient la base d'un pilotage concerté des actions et permettraient, via la modélisation prospective, d'anticiper tant les sujets à traiter que les enquêtes à conduire pour satisfaire de nouveaux besoins d'information, d'expertise et de recherche.
- [279] Le bilan est d'autant plus difficile à dresser que « la littérature scientifique se caractérise par une abondance de données descriptives et analytiques¹⁵², qui contraste avec une certaine pauvreté de celle sur les interventions et politiques publiques », « hétérogène en méthodes et en qualité¹⁵³ ».

¹⁵⁰ Plus de 80 % de la population connaît le repère de consommation du PNNS sur les fruits et les légumes, dont la popularité est telle qu'il est devenu un objet de plaisanteries http://www.dailymotion.com/video/x46lwl_5-fruits-et-legumes-par-jour_fun

¹⁵¹ On peut citer ici la « révision des conditions d'attribution du logo du PNNS » ou, sur un autre registre, « l'étude sur l'excrétion urinaire du sodium en population générale ».

¹⁵² Il suffit de citer ici l'exemple des données encyclopédiques colligées dans le cadre de l'Observatoire de la qualité de l'alimentation (Oqali), intégré, comme le prévoit la loi du 27/7/2010 de modernisation de l'agriculture et selon les termes du décret n° 2011-778 du 28 juin 2011 relatif, à l'Observatoire de l'Alimentation dont il constitue la section nutritionnelle. L'Oqali exerce un suivi global de l'offre alimentaire des produits transformés en mesurant l'évolution de leur composition nutritionnelle, la qualité de leur étiquetage, ainsi que certains paramètres socio-économiques (prix moyen, volume de vente).

¹⁵³ In « *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'exercice physique* », INSERM, avril 2014.

[280] Il faut néanmoins admettre que l'un des intérêts principaux du PNNS est d'avoir facilité l'émergence puis la reconnaissance et la permanence du sujet « nutrition » dans le débat public, et la mobilisation, parfois coordonnée, parfois en ordre dispersé, des nombreux partenaires du programme.

[281] La mission a donc privilégié le dialogue avec une pluralité d'acteurs. De cette multitude de contacts a sans ambiguïté émergé une tonalité générale d'une forte cohérence, qui compense le caractère parfois impressionniste de certaines observations, dont ce rapport est le témoin :

- La trop grande dispersion des actions et leur fragilité financière ;
- Le caractère limité des cibles touchées par des initiatives le plus souvent expérimentales, locales ou confidentielles ;
- La difficulté récurrente d'impacter les populations les plus précaires, pourtant parmi les plus concernées par la malnutrition, la sédentarité et l'obésité ;
- L'usure de la DGS, à laquelle il est demandé de jouer un rôle de coordination interministérielle alors qu'elle ne dispose ni du poids ni de l'appui politique nécessaires dans les arbitrages.

1.4.1 L'indisponibilité des résultats des grandes études de santé disposant d'un volet nutrition ne permet pas d'objectiver la situation

[282] Alors que le PNNS 3 a été prorogé d'un an, les résultats des études de santé disposant d'un volet nutrition ne seront pas disponibles avant l'échéance fixée pour la remise du rapport de la mission IGAS, sans qu'aucune explication probante n'ait été fournie par les différents opérateurs :

- L'étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA3) réalisée par l'ANSES, ne livrera ses résultats que fin 2016 ;
- De même pour l'étude de santé sur l'environnement, la bio surveillance, l'activité physique et la nutrition (ESTEBAN) réalisée par l'INVS ;
- L'enquête nationale ObÉpi sur l'obésité et le surpoids n'a pas été réalisée en 2015 en raison de « contraintes financières » ;
- La dernière étude ABENA (alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire), réalisée par l'observatoire régional de santé de l'Ile-de-France, l'INVS et l'INPES, n'a pas été reconduite depuis sa dernière campagne portant sur les adultes de 18 ans ou plus ayant eu recours à l'aide alimentaire au cours de l'hiver 2011-2012, dans six territoires urbains de France métropolitaine : Paris, Marseille, Grand-Dijon, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Hauts-de-Seine.

[283] *A contrario*, il convient de souligner la constance et la qualité des enquêtes nationales de santé en milieu scolaire pilotées par la DREES et réalisées par les personnels de santé de l'Éducation nationale depuis 1999, alternativement auprès des élèves de grande section de maternelle, de CM2 et de troisième. L'enquête menée auprès des élèves de grande section de maternelle est réalisée à l'occasion du bilan de santé de la sixième année, en présence d'au moins un des parents dans 98 % des cas.

[284] Ces enquêtes ont une périodicité biennale depuis 2010 et demeurent une source unique d'informations sur l'état de santé des jeunes enfants et des adolescents à l'échelle nationale. Leur répétition dans le temps permet de suivre l'évolution de certains indicateurs de santé et d'avoir un regard sur les inégalités sociales de santé.

1.4.2 Face à des « mots d'ordre » d'efficacité limitée, les déterminants de l'évolution des comportements alimentaires des personnes ciblées par le PNNS doivent être mieux pris en compte

- [285] Pour atteindre l'objectif général du PNNS il est indispensable de s'intéresser à l'évolution des comportements alimentaires des consommateurs et de leur activité physique. La difficulté est d'autant plus forte que ce ne sont pas les attitudes des consommateurs qui importent mais l'évolution réelle des comportements, notamment ceux des cibles prioritaires du programme. La question est ensuite de savoir si cette évolution a un réel impact, mesurable, sur leur santé.
- [286] A la question, « peut-on changer les comportements alimentaires ? » une multitude d'études, particulièrement du monde anglo-saxon dont la première date des années 1940, permet de répondre. Leur principale leçon est que l'information du consommateur sur les risques d'une mauvaise alimentation n'a pas d'effet sur son comportement, à moins que l'information ne parvienne à annihiler les barrières psychosociologiques, comportementales et environnementales au sens large¹⁵⁴. Plus récemment, la réflexion porte sur les trois déterminants ou niveaux que sont l'individu, son environnement social et l'environnement physique et institutionnel¹⁵⁵.
- [287] L'impact sur les comportements alimentaires de la communication mais aussi de l'éducation seule ne serait pas suffisant pour obtenir des changements significatifs. Obtenir ces changements est indissociable d'un engagement collectif. Il semble que les recherches-actions PRALIMAP¹⁵⁶ et ICAPS¹⁵⁷, pour l'activité physique, confirment scientifiquement le fait que l'engagement collectif est un facteur de succès. Empiriquement, le fait que les actions collectives avec les consommateurs soient efficaces est bien perçu par les organisateurs d'actions en relation avec le PNNS. Les représentants des communes des Hauts-de-France rencontrés par la mission ont par exemple mentionné le succès d'ateliers cuisine organisés avec des groupes de parents et/ou d'enfants.
- [288] Ces actions efficaces méritent d'être soutenues dans la durée. La principale difficulté des promoteurs est d'obtenir des soutiens qui ne sont pas seulement financiers. La mission a relevé une forte demande d'appui méthodologique et d'outils d'aide à la mise en œuvre (guides, kit pédagogique ou ludique, ...).

1.4.3 Si la notoriété des slogans et messages de prévention n'est pas contestable, le PNNS souffre désormais d'une image neutre ou négative et il est peu connu du grand public

- [289] La notoriété du PNNS, de ses slogans et de ses sites est bien établie. Les guides de nutrition de l'INPES ont été réédités et diffusés à plusieurs millions d'exemplaires. Ce constat préexistait au PNNS 3 : selon le rapport d'évaluation du PNNS 2, le volet communication du PNNS a permis de « remplacer des connaissances approximatives ou erronées par des savoirs justes et scientifiquement fondés¹⁵⁸ ».
- [290] Les campagnes de communication ont donc bien réussi à transmettre le signal de préoccupation et d'engagement des pouvoirs publics sur les thématiques du PNNS.

¹⁵⁴ Birch L. L. et al. Behavioral and social influences on food choice, *Nutrition reviews*, may 1998, vol. 56, No. 5, p. 50-64.

¹⁵⁵ Lahlou S. Peut-on changer les comportements alimentaires ? *Cahiers de nutrition et de diététique*, 2005, N°40 (2), p. 91-96.

¹⁵⁶ PRALIMAP : Promotion de l'alimentation et de l'activité physique.

¹⁵⁷ ICAPS : Intervention centrée sur l'activité physique et la sédentarité.

¹⁵⁸ Cf. rapport d'évaluation du PNNS 2 2006-2010, IGAS-CGAAER avril 2010, p. 5.

[291] Mais l'effet des slogans et des messages de prévention semble s'épuiser, certains les considérant comme ambigus, voire contre-productifs. L'approche serait trop hygiéniste, trop moralisatrice par certains côtés, en décalage complet avec l'alimentation plaisir, l'identité culturelle française assimilant l'alimentation, la gastronomie et la convivialité à l'art de bien vivre...

[292] La mission a pu constater que ces reproches reviennent régulièrement. Ce n'est pas le nier que de s'en étonner : en matière d'éducation routière ou de lutte contre le tabagisme, on a fait le choix de s'adresser frontalement à l'utilisateur, et parfois de le choquer, en lui proposant de changer radicalement de comportement. Ce serait impossible et inefficace s'agissant de l'éducation alimentaire et de la lutte contre la sédentarité ?

1.4.3.1 Le succès des déclinaisons internet de la communication

[293] Les campagnes de communication, initialement très descendantes, ont beaucoup évolué pour tenir compte des nouveaux modes de communication. Internet, ses possibilités et ses usages ont révolutionné les méthodes de diffusion des messages, leur nature et leur portée.

➤ Le site internet mangerbouger.fr

[294] Ce site destiné au grand public offre aussi un espace aux professionnels. Cela montre que le besoin de communiquer de manière différente, non pris en compte par le PNNS, s'est traduit ensuite concrètement par la création d'instruments de communication différenciés. Le site développé sous l'égide de l'INPES connaît un succès certain auprès des consommateurs mais aussi des professionnels. Son aspect très pratique y est sans doute pour beaucoup. En transformant un message de santé publique, difficile à déchiffrer et à mettre en pratique, en des propositions très concrètes, ludiques et séduisantes, il a réussi à susciter l'intérêt. La progression marquée de son audience confirme que le site a répondu à une attente forte.

[295] Selon l'agence nationale de santé publique – ANSP¹⁵⁹, l'audience du site mangerbouger.fr a beaucoup progressé grâce à la mise en place de nouveaux outils et services en 2012¹⁶⁰. En avril 2013, la mise en service de « [la fabrique à menus](#) » a transformé la portée et l'audience des communications nutritionnelles. Ce site est désormais utilisé par les centres communaux d'action sociale – CCAS, et les médecins en particulier pour les populations en situation de précarité.

Tableau 8 : Évolution de l'audience du site mangerbouger.fr

	2012	2013	2014	2015
Utilisateurs	1,8 M	4,4 M	5,3 M	3,3 M
Sessions	2,3 M	7,1 M	7,9 M	5 M
Temps passé en minutes	3,43 mn	5,37 mn	3,53 mn	3 mn
Visiteurs connus	24 %	38 %	34 %	36 %
Taux de rebond ¹⁶¹	45 %	25 %	41 %	42 %

Source : INPES Bilan du PNNS 2011-2015 ; Pilote de cadrage national INPES ; 24/03/2016

¹⁵⁹ L'ANSP ou *Santé publique France*, est officiellement née le 1^{er} mai 2016 par le regroupement de trois entités : l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

¹⁶⁰ Il faut citer la mise en ligne du calendrier des saisons, la table de conversions, et l'interactivité avec les internautes.

¹⁶¹ Le taux de rebond est le pourcentage de sessions avec consultation d'une seule page, c'est-à-dire les sessions dans lesquelles l'utilisateur a quitté le site sur la page d'entrée sans avoir interagi avec cette dernière.

L'audience du site mangerbouger.fr a été multipliée par trois entre 2012 et 2014, passant de 1,8 millions d'utilisateurs en 2012 à 5,3 millions en 2014. Le nombre de pages consultées au cours d'une visite et le temps passé sur le site ont également augmenté.

L'audience a progressé en 2012 avec la mise en ligne du calendrier des saisons, la table de conversions, et l'interactivité avec les internautes – possibilité de poster des informations ; ouverture de la page *Facebook*.

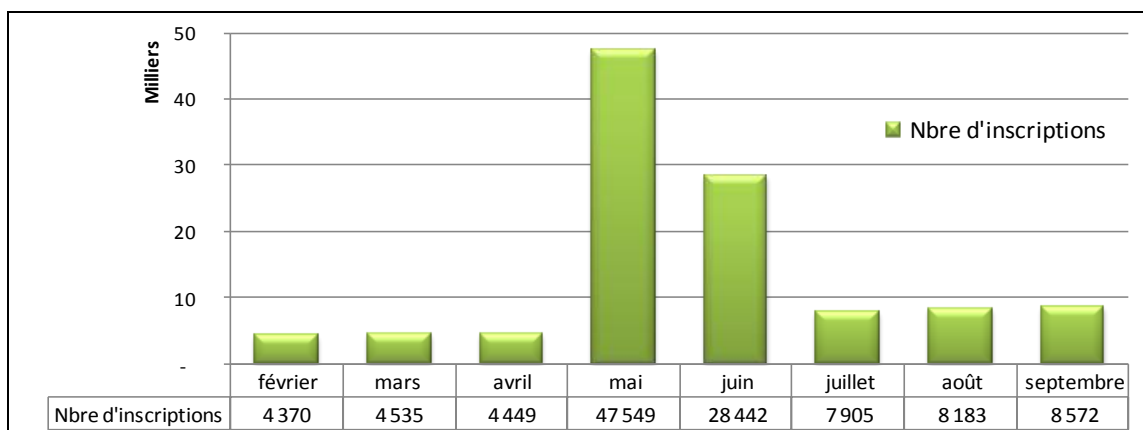
Depuis janvier 2014, le rachat au « Petit futé » de sa base de données a complété l'offre sur le versant de l'activité physique en permettant d'ouvrir le service « bougez près de chez vous » – propositions d'activités dans un rayon de 50 kilomètres autour du lieu saisi par l'internaute.

Santé publique France évalue aussi la performance des campagnes en fonction de l'évolution du trafic sur les sites. Par exemple, la lettre d'information mensuelle du site mangerbouger.fr « le panier à idées », envoyée à plus de 190 000 abonnés, bénéficie d'un taux d'ouverture de 25 %. Le taux de clic compris entre 65 et 70 % engendre entre 30 000 et 40 000 visites sur le site.

La campagne de génération de trafic du printemps 2014 a été suivie d'une augmentation très nette des inscriptions à « la fabrique à menus ». (Cf. graphique ci-dessous)

Une certaine érosion de l'audience est constatée en 2015, même si elle reste presque deux fois supérieure à son niveau de 2012.

Graphique 1 : Évolution du nombre d'inscriptions à la fabrique à menus en période de campagne de communication en 2014



Source : Données Santé publique France, traitement mission

[296] L'analyse qualitative réalisée par l'INPES montre que les visiteurs sont presque exclusivement féminins, plutôt aisés – 52 % de CSP+ et seulement 8 % d'ouvriers, et relativement jeunes – moyenne d'âge de 40 ans. Ces données confortent le constat de la difficulté du PNNS à toucher les populations les moins favorisées.

➤ Les autres outils institutionnels

- [297] Entre 2002 et 2008, l'INPES et l'ANSES¹⁶² ont codirigé la production d'une collection de huit guides nutrition du PNNS. L'INPES est responsable de la rédaction, de la conception graphique, de la promotion et de la stratégie de diffusion des documents. Ces guides sont téléchargeables depuis le site mangerbouger.fr. Ils ont été diffusés sous format papier à plus de 35 millions d'exemplaires. Avant de refondre cette collection, l'INPES a réalisé une évaluation qualitative auprès d'un panel d'utilisateurs de six des huit guides¹⁶³. Au vu des résultats de cette évaluation, l'institut envisage plutôt des ajustements de ces guides généralement très appréciés. La publication de repères nutritionnels actualisés serait un préalable à la refonte des guides¹⁶⁴, alors que le calendrier de cette actualisation, non précisé, risque de s'étendre sur plusieurs années.
- [298] D'autres applications sont en cours de déploiement ou en développement. La promotion de l'activité physique auprès des enfants et des adolescents s'appuie sur la démarche ICAPS¹⁶⁵ et le cours en ligne – MOOC, associé¹⁶⁶. L'INPES prévoit de capitaliser les actions menées par des sites pilotes, l'objectif étant que l'ensemble des ARS dispose des outils pour intégrer la démarche dans la politique régionale.
- [299] Un outil de planification de l'activité physique destiné au site mangerbouger.fr est en préparation. Il permettra par ailleurs de dénombrer les personnes créant leur planning, la fréquence de mise à jour et la période d'utilisation du service.
- [300] L'INPES a lancé le développement d'une application pour la nutrition et la marche à destination des utilisateurs de Smartphones dans un créneau non couvert par le marché.

1.4.3.2 La communication et ses limites

- [301] Un grand nombre des interlocuteurs de la mission lui ont fait part du sentiment d'usure des messages de prévention. Ces derniers sont connus mais cette connaissance ne préjuge en rien du changement de comportement des consommateurs. Certes, les attitudes ont évolué vis-à-vis de l'alimentation mais les comportements se transforment moins facilement. Pour les faire changer, la seule diffusion de messages n'est pas suffisante comme de nombreuses recherches de psychologie sociale le montrent depuis longtemps¹⁶⁷.
- [302] L'INPES a d'ailleurs saisi l'INSERM pour une expertise collective sur les messages sanitaires et les théories sous-jacentes. L'institut souhaite disposer d'une argumentation scientifiquement étayée pour redéfinir ces messages et leur place par rapport à la publicité. Les résultats de l'expertise sont attendus pour la mi-2016.

Les éléments attendus concernent :

L'efficacité, l'impact des messages sur les connaissances, attitudes et comportement des personnes ;

Le risque de confusion entre le message et le type de produit objet de la publicité ;

Le risque d'habitué au message.

Le champ de l'expertise collective a été étendu à :

¹⁶² ANSES : agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail.

¹⁶³ L'évaluation a été réalisée par l'Ifop en novembre et décembre 2014. Les résultats ont été présentés au comité de suivi du PNNS du 15 mars 2016.

¹⁶⁴ La DGS a saisi l'ANSES le 3 avril 2012 pour une actualisation des repères nutritionnels avant la « fin du premier semestre 2013 ». L'ANSES ne devrait pourtant pas être en mesure de fournir de premiers résultats dont les éléments devraient être proposés « avant la fin de l'année 2016 ».

¹⁶⁵ Concernant la démarche ICAPS Cf. § [190]

¹⁶⁶ MOOC : massive open online course.

¹⁶⁷ En particulier depuis les recherches de Kurt Lewin en 1941 au moment de la seconde guerre mondiale lorsque le gouvernement américain a voulu inciter les ménagères à utiliser des abats de bœuf.

La communication nutritionnelle dans les médias : impact en fonction des messages, formats, supports et émetteurs ;

Le *marketing*, la publicité et les comportements alimentaires : exposition et impact sur les enfants, adolescents et adultes ;

Les mécanismes et modèles : modèles explicatifs, processus cognitifs, comportements ;

Les actions de pouvoirs publics : législation, régulations.

- En matière de communication, les engagements des acteurs de l'audiovisuel préservent davantage les intérêts des chaînes et des annonceurs que ceux des consommateurs

[303] La « Charte visant à promouvoir une alimentation et une activité physique favorables à la santé dans les programmes et les publicités diffusés à la télévision » a pris effet le 1^{er} janvier 2014. Elle a été signée sous l'égide du conseil supérieur de l'audiovisuel – CSA. Elle fait suite à une première charte arrivée à échéance fin 2013. L'objectif affiché est celui de contribuer à la prévention des maladies cardio-vasculaires et à la lutte contre l'obésité en promouvant une bonne hygiène de vie. Si les 14 engagements de la charte s'inscrivent dans une dynamique favorable à la santé, ils n'ont pas de valeur contraignante. La nouvelle charte a conduit à une actualisation de la recommandation de l'autorité de régulation professionnelle de la publicité – ARPP, « comportements alimentaires ». Parue en juin 2014, elle tient compte des propositions du conseil paritaire de la publicité – CPP¹⁶⁸.

[304] Cette charte ne permet pas l'application de mesures de protection efficace des publics les plus réceptifs mais aussi les plus fragiles – enfants, adolescents, personnes défavorisées. Elle met *de facto* l'accent sur la seule responsabilité individuelle et écarte toute mesure contraignante. La charte est en quelque sorte un écran protecteur des ressources pour les chaînes que représente la publicité.

- Les sites institutionnels subissent la concurrence d'autres sites

[305] Plusieurs sites proposent des recommandations ou des outils en matière de prévention dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition. C'est le cas de vivons-en-forme.org un site internet concurrent de mangerbouger.fr et surtout du site institutionnel d'animations des villes actives du PNNS (reseauvillesactivespnns.fr). Le site de Vivons en forme – VIF, propose des services « clés en main » aux collectivités désireuses de s'investir dans des actions de promotion de la santé dans le domaine de la nutrition. C'est un site dynamique mais il est paradoxal de constater qu'il est soutenu financièrement par l'industrie agroalimentaire¹⁶⁹. Le réseau institutionnel d'animation des villes actives du PNNS est en dormance depuis 2014¹⁷⁰, ce que déplorent les collectivités impliquées dans le programme. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant de constater un essoufflement de l'engagement des collectivités dans le programme lui-même.

1.4.4 Un impact sanitaire limité, difficile à imputer au seul PNNS

[306] Les difficultés d'évaluation de l'impact des différentes actions conduites dans le cadre du PNNS sur la santé des habitants ont été abondamment décrites plus haut.

¹⁶⁸ Cf. Conseil supérieur de l'audiovisuel, *Rapport d'application de la charte visant à promouvoir une alimentation et une activité physique favorable à la santé dans les programmes et les publicités diffusés à la télévision*, 2015, <http://www.csa.fr/.../Rapport-d-application-de-la-charte... Exercice-2014>

¹⁶⁹ Les grands partenaires dont le logo figure sur le site sont Ferrero, Orangina Schweppes France, Bel, la fondation Nestlé France...

¹⁷⁰ La réunion du comité des villes actives du PNNS convoquée le 28 juin a été annulée la veille sans explication.

- [307] Tout en soulignant le caractère illusoire de toute tentative d'évaluation de l'impact sanitaire d'un éventail d'actions qui, par nature, s'agissant de la modification durable de représentations et de comportements profondément ancrés, ne peuvent réellement porter leurs fruits dans le temps d'un programme de 5 ans, la mission constate, comme le PNNS 3 l'admet avec prudence et humilité, que « plusieurs objectifs initialement fixés ont été partiellement ou totalement atteints¹⁷¹ ».
- [308] Ces phrases, écrites il y a 5 ans, restent adaptées aux constats faits aujourd'hui.
- [309] Il est en effet possible d'acter certaines évolutions comportementales, comme la réduction de la consommation de sel ou de sucre ou encore l'augmentation de la consommation de fruits chez les adultes. Concernant l'impact sanitaire, seule la stabilisation de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant peut être citée, ce qui constitue un résultat appréciable.

1.4.4.1 Plus grave encore, les inégalités sociales de santé n'ont pas diminué

- [310] Le PNNS 3 admet que les améliorations citées plus haut « n'ont pas concerné de façon homogène toutes les composantes de la population et les inégalités sociales de santé se sont creusées dans le domaine de la nutrition¹⁷² ».
- [311] Il a par ailleurs été démontré que les messages d'information nutritionnelle contribuaient à conforter les inégalités, à la fois parce qu'ils étaient mieux reçus et mieux compris par les catégories socioprofessionnelles privilégiées et parce qu'ils étaient susceptibles de générer un sentiment d'impuissance et de culpabilité au sein des populations précaires¹⁷³.
- [312] Face à la persistance d'inégalités sociales de santé conséquentes, la dynamique globale du PNNS, trop verticale, trop descendante, et la nature même des actions doivent donc être réinterrogées. Et aussi les méthodes et les concepts sur lesquels elles s'appuient.
- [313] Les messages généralistes, les injonctions culpabilisantes, les appels à la volonté, à la responsabilité du consommateur¹⁷⁴ doivent céder le pas à une approche globale, fondée sur « l'empowerment » des acteurs, sur la mobilisation des compétences communautaires et... s'inscrire dans le temps long.

1.4.4.2 La prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants est toujours un sujet de préoccupation

- [314] Il est évidemment difficile d'imputer à une ou à plusieurs actions précises la tendance à la stabilisation de la prévalence de l'obésité de l'enfant. Des expériences suggèrent que c'est pourtant possible.

¹⁷¹ PNNS 3 2011-2015.

¹⁷² PNNS 3 2011-2015.

¹⁷³ In « *Les inégalités sociales de santé - Déterminants sociaux et modèles d'action* », M. Moleux, F. Schatzel et C. Scotton, rapport IGAS, 2011.

¹⁷⁴ Et cela d'autant plus que les freins au déploiement des actions ne sont pas toujours liés à l'absence de connaissances ou de motivation des personnes cibles. Ainsi de l'aide alimentaire, où manquent ustensiles de cuisine et savoir faire.

[315] Ainsi, le tableau suivant suggère-t-il la réduction, au cours des années, des écarts constatés entre les enfants scolarisés hors REP et en REP¹⁷⁵ dans l'académie de Lille.

Tableau 9 : Évolution des écarts constatés entre les enfants scolarisés hors REP et en REP dans l'académie de Lille

	2012/2013		2013/2014		2014/2015	
	Hors REP	REP	Hors REP	REP	Hors REP	REP
Nombre de bilans réalisés	14 614	8 266	14 794	8 806	11 347	7 829
% d'enfants en surpoids	4,8	7,5	4,2	6,6	4,6	6,1
Surpoids REP / hors REP	+ 56 %		+ 57 %		+ 33 %	

Source : Données des médecins de l'éducation nationale du département du Nord, Brigitte Weens, rectorat de l'académie de Lille.

[316] De même, on a pu observer un net recul du pourcentage d'enfants en surpoids ou obèses dans les populations défavorisées de 5 villes durablement mobilisées pour « l'acquisition de bonnes habitudes de vie ». Mais cette baisse n'est pas homogène : elle est nette dans les villes où le taux de chômage est le moins important (Vitré, Royan, Meyzieu), moins importante ou à peine marquée dans les villes où sévit un fort taux de chômage (Douchy-les-Mines, Saint-Quentin)¹⁷⁶.

2 PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS

[317] De la même manière qu'il a été possible – en quelques années à peine – d'arrêter de fumer dans les transports, les bureaux, les cafés, ou de réduire considérablement la mortalité routière, il doit être possible de réduire fortement la prévalence du surpoids, de l'obésité, et plus largement des pathologies de la nutrition. Il s'agit là d'un projet global, qui doit promouvoir à la fois une alimentation plus saine, moins industrialisée, moins transformée, moins emballée, moins transportée, et l'activité physique sous toutes ses formes et en toute occasion, en ciblant tout particulièrement les sources des inégalités de santé.

2.1 La nutrition et l'activité physique doivent faire l'objet de plans distincts

[318] Au motif du bilan énergétique, le PNNS définit la nutrition comme la conjugaison de l'alimentation dans son acception la plus large (nutriments, aliments, déterminants sociaux, culturels, économiques, sensoriels et cognitifs des comportements alimentaires) et de l'effort physique.

[319] Si l'argument est en apparence incontestable, il conduit à une vision réductrice :

- D'abord parce qu'il conduit à sous-estimer une partie des bienfaits de l'activité physique pour la santé, état de bien-être physique, mental et social. C'est ce qu'indique, en creux, l'ANSES dans sa révision récente des repères du PNNS

¹⁷⁵ Le terme n'est plus usité depuis la réforme de l'éducation prioritaire, mais reste pertinent s'agissant des résultats de cette évaluation conduite par l'éducation nationale.

¹⁷⁶ Communiqué de presse du 12/12/2014, Vivons en Forme-CESE.

relatifs à l'activité physique et à la sédentarité¹⁷⁷ : « au-delà d'une idée encore répandue selon laquelle l'intérêt de l'activité physique se limiterait aux effets de l'augmentation de la dépense énergétique, il est à considérer que les bénéfices à court, moyen et long termes se traduisent par des effets systémiques, hormonaux, métaboliques, aux effets préventifs larges et observables sur l'ensemble des composantes de la santé, au niveau physique, mental et social telle que définie par l'OMS ».

- En effet, le rapport de l'ANSES, appuyé sur l'expertise collective INSERM 2008, met en lumière les effets positifs de l'activité physique sur nombre de pathologies qui dépassent de très loin l'enjeu du bilan énergétique¹⁷⁸.
- Ensuite, parce que le risque est grand de valider ainsi les choix de *marketing* et les messages de certains industriels, selon lesquels « peu importe au fond ce que vous mangez et en quelle quantité, si vous compensez par une activité physique suffisante ». Ou dit autrement « si vous êtes gros, ce n'est pas parce que notre produit est trop gras ou trop sucré, c'est parce que vous ne bougez pas assez ! »
- Enfin, l'INPES fait état d'un moindre engouement pour les contenus du site mangerbouger.fr relatifs à l'activité physique que pour les rubriques relatives à l'alimentation.

[320] Il convient donc de recentrer le programme sur les questions d'alimentation et de santé et, en quelque sorte, d'inverser la perspective : au lieu de chercher à intégrer les recommandations relatives à l'activité physique et à la lutte contre la sédentarité dans le seul plan nutrition, faire de la promotion de l'activité physique un plan national à part entière, voire une grande cause nationale.

D'une façon plus générale, la pratique d'activités physiques accessibles à tous favorise la cohésion et l'intégration sociale. De plus, pour les jeunes, en développant la concentration et la confiance en soi, elles peuvent contribuer à l'amélioration des résultats scolaires. Sur le plan économique, elles constituent une activité potentiellement source d'emplois directs et indirects.

[321] La mise en place d'une véritable coordination interministérielle, entre les plans et entre les administrations, dotée de pouvoirs d'arbitrages à la hauteur des enjeux, permettra de repositionner l'ensemble des acteurs concernés par l'alimentation et la promotion de l'activité physique. Elle sortira la DGS du rôle ambigu qui est le sien aujourd'hui : la promotion de la santé ne relève pas exclusivement du ministère de la santé, car les déterminants non médicaux l'emportent largement sur les déterminants médicaux de la santé.

[322] Une réponse globale et cohérente serait enfin apportée au rapport de l'OMS de 2002 qui indique comment « réduire les risques et promouvoir une vie saine ».

Recommandation n°1 : Recentrer le programme national nutrition santé sur les questions d'alimentation et de santé.

Recommandation n°2 : Mettre en place un plan national de promotion de l'activité physique ou compléter et actualiser le plan sport santé bien-être, et organiser la cohérence et la coordination entre les deux plans (alimentation & santé – activité physique).

¹⁷⁷ Avis et rapport de l'ANSES relatifs à l'actualisation des repères du PNNS : révision des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité, / février 2016, p. 25.

¹⁷⁸ Mortalité précoce ; diabète de type 2 ; obésité ; cancers ; maladies respiratoires ; maladies ostéoarticulaires ; pathologies neurodégénératives ; maladies auto-immunes ; santé mentale.

2.2 Le PNNS doit s'inscrire dans une cohérence nationale avec les autres plans ministériels (PNA, P2SBE) sous un chapeau interministériel

- [323] L'avenir des plans nécessite que soit préalablement énoncé le rôle de chaque acteur institutionnel.
- [324] À la DGS l'impulsion sur les sujets de prévention – et de recherche associée – qui mettent en jeu les ressources du système de soins et médico-social ; ainsi que la veille et l'alerte relatifs à la sécurité sanitaire.
- [325] À la DGOS, la CNAMTS, la DGCS en coordination avec la CNSA, ce qui relève de l'adaptation du système de soins et médico-social et des modalités de financements associés.
- [326] Aux autres départements ministériels les politiques relatives aux déterminants non médicaux de la santé sur les sujets de l'actuel PNNS : agriculture, DGCCRF, sports, éducation nationale et enseignement supérieur, fiscalité, intérieur (collectivités locales) et éventuellement environnement.
- [327] Dès lors, l'exercice de planification ne doit pas consister en la vérification de la congruence des projets issus des initiatives de chaque institution. Le partage des tâches et la répartition des rôles doivent concourir à la mise en œuvre d'un projet global préalablement arrêté au niveau politique et stable sur le long terme.
- [328] Pour chacune de ces mesures, doivent être précisées : le pilote, les cibles visées, les ressources mobilisées, les échéanciers, si l'action s'accomplit au niveau national ou si elle fait l'objet de déclinaisons territoriales pouvant/devant être adaptées aux priorités sociales et sanitaires locales, les modalités d'évaluation.
- [329] A l'instar du PNA, le PNNS et, si possible le P2SBE, ne se décriraient plus seulement sous la forme rigide d'un programme de 5 ans, mais comporteraient un ensemble de fiches-actions actualisables au fil de leur réalisation.
- [330] Les conditions d'une action et d'une parole publiques unifiées et cohérentes seraient réunies, ce qui éviterait par exemple que certaines actions de prévention du ministère chargé des sports ne soient sponsorisées par des producteurs de boissons (excessivement) sucrées...

Recommandation n°3 : Clarifier les champs respectifs du PNA : disponibilité des aliments, organisation de la distribution, circuits courts, qualité organoleptique, sanitaire et nutritionnelle des variétés, sécurité sanitaire ; et du PNNS : qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire, promotion d'une alimentation saine, comportements nutritionnels, hygiène de vie ; en précisant les missions de chacun et en assurant une coordination effective et permanente entre les deux plans.

2.3 Une coordination interministérielle réelle et impliquée jusqu'au niveau régional

- [331] Deux faiblesses de l'actuel PNNS doivent être corrigées pour améliorer l'efficacité globale de la démarche de prévention : assurer la coordination et la cohérence des actions au niveau des administrations centrales ; assurer un relais efficace des politiques publiques au plan local.

[332] La mission a pris acte, dans ses réflexions, de la création par le décret n° 2014-629 du 18 juin 2014 du comité interministériel pour la santé. Celui-ci a principalement pour vocation de « veiller à l'amélioration de l'état de santé de la population et à la réduction des inégalités de santé », de « favoriser l'éducation pour la santé et la promotion de la santé dans l'ensemble des politiques publiques », et de « veiller à ce que la coordination des politiques publiques en faveur de la santé soit assurée au niveau régional ». Il est présidé par le Premier ministre ou, par délégation, par le ministre chargé de la santé ; son secrétariat est assuré par le secrétariat général du gouvernement. Le décret prévoit aussi que le DGS préside le comité permanent restreint qui réunit ses homologues des autres ministères parties au comité.

[333] Deux ans après sa création, ce comité ne s'est toujours pas réuni. Il serait pourtant, par construction, le lieu tout désigné de l'affirmation d'une volonté politique forte et seule capable d'arbitrer entre les inclinations sectorielles et d'orienter les décisions dans un sens favorable à l'intérêt général.

[334] La mission, consciente de déborder du cadre strict de l'évaluation du PNNS-PO et des plans associés, ne propose pas de créer une nouvelle instance interministérielle qui correspondrait strictement au périmètre de ces plans.

[335] Dès lors, deux schémas peuvent être décrits :

- En continuité avec l'organisation qui a prévalu jusqu'à présent et qui semble confirmée par le décret précité, confier au seul ministère de la santé la responsabilité de l'animation et de la coordination interministérielles des thématiques nutrition-activité physique-alimentation. La Cour des comptes, dans un rapport de 2011, proposait même « de donner au directeur général de la santé les compétences de délégué interministériel à la prévention sanitaire », afin de « renforcer la cohérence d'ensemble ainsi que l'efficacité du pilotage de la politique de prévention¹⁷⁹ ».
- Marquer davantage la dimension interministérielle de la gouvernance par la création d'une délégation interministérielle placée auprès du Premier ministre. Deux variantes peuvent être envisagées pour cette deuxième option :
 - 1 Accorder au délégué interministériel une compétence large pour tous les sujets de promotion de la santé qui ne seraient pas déjà confiés à d'autres délégations ou missions interministérielles, au risque que les questions d'alimentation et de nutrition, dont le poids dans la prévalence des pathologies chroniques a déjà été souligné, ne cèdent le pas à bien d'autres préoccupations. Dans cette 1^{ère} variante, cette délégation assurerait le secrétariat du comité interministériel pour la santé ; le délégué présiderait le comité permanent restreint.
 - 2 Créer une délégation interministérielle spécifique pour les sujets d'alimentation et de santé.

[336] Quelle que soit l'hypothèse retenue, la restauration d'une forte dimension interministérielle permettra de marquer une rupture nette avec la situation actuelle.

[337] Néanmoins, aucune de ces deux formes d'organisation ne peut être efficace sans des rendez-vous réguliers et un reporting exigeant. Ceci permettrait de présenter le déroulement des plans, la réalisation des actions et l'évaluation de leur impact devant les ministres en charge et le chef du Gouvernement, sous la responsabilité, selon le scénario retenu, soit du DGS, soit du délégué interministériel.

[338] La mission a déjà relevé l'inadaptation des schémas régionaux de prévention. Ils ne permettent pas de prendre en compte l'ensemble des acteurs concernés par le PNNS.

¹⁷⁹ « La prévention sanitaire » – communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale – Cour des comptes, octobre 2011.

- [339] La mission a écarté l'idée de confier au comité de l'administration régionale (CAR) la mission de coordination de l'ensemble des actions de promotion de la santé menées par l'ARS et les services déconcentrés.
- [340] Il paraît en effet préférable d'aligner la gouvernance régionale de la prévention et de la promotion de la santé sur celle du contrat local de santé, outil juridique ouvert à toutes les catégories de parties prenantes (État, collectivités locales, associations, etc.). Il conviendra dans cette hypothèse, de confirmer le DG de l'ARS dans son rôle fédérateur des politiques régionales de promotion de la santé et de modifier les textes afin d'élargir la participation au schéma régional de prévention à l'ensemble des parties prenantes, sur le modèle des CLS.
- [341] Le décret du 18 juin 2014 précité ne dit pas comment, concrètement, est assurée la coordination des politiques entre les niveaux régional et national. Le comité permanent du comité interministériel pour la santé pourrait être élargi à un ou des représentants des directeurs généraux d'ARS, ce qui permettrait de nourrir le reporting sur l'avancement des plans, d'organiser la capitalisation, la mutualisation et la valorisation des initiatives locales.
- [342] Enfin, la question de l'organisation du suivi et du pilotage spécifique à chacun des plans est posée, depuis la suppression des comités de pilotage et de suivi du PNNS-PO, alors que subsiste le Conseil national de l'alimentation. La composition de ce dernier ne permet pas d'y prendre sérieusement en compte les questions de santé.
- [343] S'agissant du PNNS, il apparaît bien plus utile de valoriser les initiatives de terrain et de démultiplier massivement les plus efficaces d'entre elles. C'est pourquoi, davantage qu'une instance nationale se réunissant trois à quatre fois par an, il paraît plus opportun de créer, sous l'égide du délégué interministériel, un fonctionnement en réseau. L'infrastructure de base de ce réseau peut être un observatoire organisant en lien avec les ARS le recueil des données en provenance des régions, comme cela a été réalisé pour le suivi du plan obésité par exemple, afin d'identifier les actions entreprises et de partager l'information sur leurs résultats¹⁸⁰. Liberté étant bien entendu laissée par ailleurs à chaque ministère de choisir les modalités de concertation – comité scientifique, comité des partenaires... – avec ses parties prenantes externes de niveau national.

Recommandation n°4 : Mettre en place un véritable pilotage interministériel du PNNS, avec la création d'une délégation interministérielle à l'alimentation et à la santé, voire à la promotion de la santé.

Recommandation n°5 : Créer les conditions d'une coordination des ARS et des services déconcentrés en charge des plans concourant à la promotion de la santé.

Recommandation n°6 : Organiser la capitalisation, la mutualisation et la promotion des initiatives, tant au niveau régional qu'au niveau national.

Recommandation n°7 : Moderniser les outils de conduite du plan, tant au niveau national que régional, pour identifier précisément les pilotes des actions, les échéances fixées, les financements mobilisés.

¹⁸⁰ L'observatoire mis en place par la DGOS, permet le recueil des informations nécessaires au suivi des activités des CSO et d'en faire la synthèse.

2.4 Le PNNS doit se réformer en profondeur

2.4.1 Le PNNS doit devenir ou redevenir un plan « grand public » de prévention réunissant les conditions du bien-vivre, la prise en charge des pathologies relevant de la médecine

[344] La mission est convaincue qu'il faudra – c'est une gageure... – résister à la tentation d'intégrer au plan l'ensemble des préconisations du HCSP et des préoccupations des éminents nutritionnistes présents au comité de pilotage actuel, pour identifier et retenir quelques priorités claires ; et dans le temps, veiller à ce que les mesures et actions déployées s'inscrivent bien dans le respect de ces priorités : le PNNS 4 ne peut traiter de tout !

[345] Le PNNS ne doit pas devenir un plan de médicalisation des questions d'alimentation et d'activité physique, mais rester un plan de prévention et de promotion de la santé, formulé dans un langage simple et clair, accessible à toutes celles et ceux qui souhaitent améliorer leur qualité de vie, leur bien-être, leur santé.

Recommandation n°8 : Repositionner le PNNS comme un plan « grand public » de prévention et de promotion de la santé.

[346] Rappeler cette évidence n'est pas nier la place considérable des acteurs de santé dans la conduite du programme – certaines des mesures du PNNS les concerneront évidemment directement – mais réaffirmer que rester en bonne santé relève d'une mobilisation de l'ensemble des acteurs et du renforcement des savoirs et compétences des individus et des groupes.

2.4.2 Le prochain programme devrait changer d'appellation pour rompre avec une image hygiéniste et répressive et attirer la sympathie du public

[347] Le programme national nutrition santé ayant embrassé un champ très large, il n'a pas vraiment su s'imposer auprès du grand public. Il est davantage connu par le site mangerbouger.fr avec lequel le grand public l'identifie.

[348] Le code de la santé publique¹⁸¹ mentionne bien l'existence d'un « programme national relatif à la nutrition et à la santé », mais n'en précise pas la dénomination. Il est donc tout à fait possible de choisir une appellation grand public pour le nouveau programme.

[349] Il s'agit, pour paraphraser l'un des pères du programme, de transformer la philosophie globale du PNNS, en évoluant du « poids conforme » et normatif via l'indice de masse corporelle, au « poids de forme » résultant du bien-vivre et facteur de bien-être en bonne santé.

¹⁸¹ Article L3231-1, Cf. annexe 2.

- [350] Pour avoir pris une orientation hygiéniste et méconnu les déterminants des comportements alimentaires, le programme en tant que tel n'a pas pu rencontrer l'engouement du grand public. Contrairement au PNA qui a tiré les leçons de la première évaluation en simplifiant son architecture et en prenant en compte les dimensions culturelles et sociales de l'alimentation, le PNNS au fil de ses différentes versions est resté un programme contraignant niant les aspects conviviaux de l'alimentation¹⁸². Ce défaut paraît d'autant plus rédhibitoire que le repas gastronomique des Français a été inscrit en 2010 sur la liste représentative du patrimoine culturel immatériel de l'humanité¹⁸³.
- [351] Au-delà des aspects sociaux et culturels, il a aussi omis de prendre en compte les déterminants « technico-économiques »¹⁸⁴. Tout le monde a bien en mémoire le slogan « manger au moins cinq fruits et légumes par jour ». Ce dernier paraît simple mais il n'a pas toujours été bien compris surtout par les populations cibles. Il a fallu préciser qu'il s'agissait de cinq portions, puis ce qu'est une portion. De plus il convenait d'indiquer la nature des aliments : frais, surgelé ou en boîte. Enfin il aurait d'emblée fallu se préoccuper de l'accessibilité de ces denrées – physique, mais aussi en termes de pouvoir d'achat, et des capacités des consommateurs à les préparer...

Recommandation n°9 : Le PNNS doit changer d'appellation pour changer d'image.

2.4.3 Un programme donnant une priorité à l'action

- [352] Les données utiles à l'évaluation de l'impact sanitaire du PNNS 3 ne sont pas disponibles. Celles qui sont indispensables à la préparation du prochain plan ne le sont qu'en partie. Ainsi, on dispose des « repères pour l'activité physique » fournis par l'ANSES, mais pas de l'actualisation des « repères nutritionnels », dont dépend également la mise à jour de nombreux guides et documents.
- [353] Un point sur les travaux en cours a été fait lors du comité de pilotage du PNNS le 2 juin dernier. Il laisse espérer de premiers résultats au 1^{er} semestre 2016 ; il est plus qu'hasardeux d'affirmer qu'ils pourront être traduits en préconisations concrètes et intelligibles dans les délais requis.
- [354] Si certains des repères actuels sont populaires, ils ne sont pas tous compris et encore moins adoptés par les usagers. La production de nouveaux repères, probablement plus subtils et certainement plus complexes, accentuera cette réalité. La mission plaide pour la simplicité et la praticité des repères qui doivent rester accessibles à tous.
- [355] L'actualisation des repères nutritionnels ne doit pas justifier de nouveaux délais dans la réédition et la diffusion des guides produits par l'INPES.

Recommandation n°10 : Rééditer et diffuser sans délai les guides nutritionnels de l'INPES.

¹⁸² Et cela en dépit du fait que le deuxième des principes généraux du PNNS 3 revendique le fait que : « *Le PNNS prend en compte les dimensions biologique, symbolique et sociale de l'acte alimentaire et de l'activité physique* ».

¹⁸³ Cf. le site de l'UNESCO : unesco.org/culture : [le-repas-gastronomique-des-francais](http://unesco.org/culture)

¹⁸⁴ Cf. Lahlou S. *op. cit.*

- [356] La mission s'interroge plus largement sur les commandes d'études effectuées au cours des années écoulées. Sans douter de leur intérêt scientifique, elle relève que la plupart d'entre elles – exhaustives, touffues – relèvent davantage de l'observation de l'existant¹⁸⁵ – la composition des aliments, les consommations alimentaires – qu'elles ne servent de support à la conduite des actions, à la compréhension des freins à leur mise en œuvre ou à l'étude de leur « transférabilité ». Elle note aussi que certaines d'entre elles semblent n'avoir été intégrées au PNNS qu'en fonction de l'intérêt direct qu'y portent des unités de recherche associées au programme.
- [357] Cette situation s'explique notamment par la participation forte de spécialistes de la nutrition (quand manquent psychologues, sociologues ou acteurs de terrain...) au comité de pilotage, où ils peuvent être tentés de faire valoir une hauteur de vue plus éloignée du terrain ; et aussi par l'absence de clarté dans la commande, rappelant qu'il s'agit d'éclairer les pouvoirs publics et l'ensemble des parties prenantes quant à la dynamique de déploiement d'actions destinées à faciliter l'évolution des comportements.
- [358] La réponse se trouve en partie dans les cahiers des charges de ces études, qui doivent identifier de façon précise les questionnements qui apporteront un éclairage opérationnel et faciliteront la prise de décisions concrètes, tant sur le déroulement d'actions en cours que sur la construction du prochain plan.
- [359] Il n'est plus temps de se retrancher derrière l'absence de données ou d'études pour différer l'action. D'innombrables travaux – français, européens et internationaux – sont disponibles, dans le champ de la nutrition, de la sociologie, de la psychologie, de l'économie... De nombreuses expériences ont été conduites.
- [360] A la reconduction de grandes études nutritionnelles, non ciblées, la mission entend privilégier l'intégration des indicateurs du PNNS au « baromètre santé » de l'ANSP.

Recommandation n°11 : Privilégier la recherche sur « les déterminants biologiques, environnementaux, culturels, économiques et sociaux », relative aux conséquences des pratiques et comportements sur l'état nutritionnel.

- [361] Mais pour réussir, une attention particulière devra être apportée à la formation et à l'animation des réseaux d'acteurs, à la mutualisation des bonnes pratiques et aux conditions de leur généralisation, à l'actualisation des outils mis à disposition des acteurs. Et aussi – c'est essentiel – à l'évaluation des actions conduites dans le cadre du programme. Là encore, la mission préconise simplicité et robustesse¹⁸⁶.

Recommandation n°12 : Mettre en place les outils permettant d'animer les différents réseaux d'acteurs : correspondants régionaux des ARS, correspondants des villes partenaires, associations...

Recommandation n°13 : Mettre en place et appuyer les dispositifs de partage d'expériences et valoriser les savoir-faire communautaires.

¹⁸⁵ A l'exception notable de l'étude de l'Inserm sur les inégalités sociales de santé, déjà citée.

¹⁸⁶ En utilisant par exemple le guide interactif d'évaluation des interventions en nutrition (Evalin), conçu par les équipes du PNNS : www.evaluation-nutrition.fr

2.4.4 Le PNNS doit se limiter à quelques objectifs essentiels et compréhensibles par l'ensemble des parties prenantes

- [362] Comme déjà recommandé par la mission de l'IGAS ayant procédé à l'évaluation du PNNS 2, il apparaît indispensable de focaliser le PNNS sur quelques objectifs clairs, compréhensibles par le grand public et tenant compte de l'ensemble des déterminants des conduites alimentaires.
- [363] Il ne revient pas à la mission d'arrêter ces objectifs. Mais il semble qu'ils doivent permettre de contenir, puis réduire, la prévalence du surpoids et de l'obésité ; promouvoir, de façon attractive, les voies et moyens de conserver ou de retrouver un poids de forme¹⁸⁷ et de rester en bonne santé, donc une alimentation moins grasse, moins sucrée et moins salée, plus riche en fruits et légumes. La mission propose de privilégier trois cibles : les enfants et les jeunes¹⁸⁸ d'une part ; les populations modestes et défavorisées ensuite ; les personnes très âgées¹⁸⁹ enfin. La consommation d'alcool doit être explicitement traitée.
- [364] Ces grands objectifs pourraient être assortis de circulaires ou d'instructions à destination des opérateurs, établissements de santé, établissements sociaux et médicosociaux et services de l'État pour la mise en œuvre d'actions concrètes au plan national ou dans les territoires. Un petit nombre d'indicateurs devraient être suivis au niveau national pour s'assurer, d'une part, de la mise en œuvre du plan et, d'autre part, des évolutions des pratiques alimentaires et de la prévalence des maladies non transmissibles.

Recommandation n°14 : Construire le successeur du PNNS 3 à partir d'un petit nombre d'objectifs compréhensibles par le grand public ; le compléter par des instructions ciblées à destination des professionnels de santé.

2.4.5 Les actions du PNNS doivent s'inspirer d'une approche renouvelée de type socio-écologique faisant une large place aux initiatives locales

- [365] Cette nouvelle approche a été développée par l'institut de recherche en santé publique de l'université de Montréal. Un guide méthodologique a été publié en avril 2011¹⁹⁰, cette démarche est régulièrement présentée à l'INPES lors des Journées de la Prévention¹⁹¹. En 2011, L'INPES publiait un guide méthodologique pour la mise en œuvre de cette approche pour la santé des personnes âgées¹⁹².

¹⁸⁷ La prévention du surpoids et de l'obésité modérée non compliquée restent du domaine du PNNS, quand la prise en charge du surpoids compliqué et de l'obésité morbide relèvent de la prise en charge par le système de soins.

¹⁸⁸ Dont nous savons qu'ils sont plus rétifs encore aux injonctions sanitaires, et plus sensibles aux références générationnelles, notamment culturelles.

¹⁸⁹ Il faut ici rappeler que 90 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivent encore à leur domicile ; le PNNS doit s'intéresser à elles, à la modestie de leurs ressources, à leur isolement. La dénutrition ne concerne pas les seules institutions d'hébergement.

¹⁹⁰ Renaud L., Lafontaine G., Guide Pratique *Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*, Réseau francophone international pour la promotion de la santé, Collection Partage, Québec, avril 2011, 40 p.

¹⁹¹ Cf. [INPES/2011/Presentation-Richard](#) et [INPES/2013/modèle écologique RICHARD.pdf](#), également [INPES/2014/BARTHELEMY.pdf](#)

¹⁹² Richard L., Barthélémy L., Tremblay M. -C., Pin S., Gauvin L., dir. *Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique, Guide d'aide à l'action franco-québécois*, Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2013, 112 p.

[366] L'approche socio-écologique repose sur une vision large des déterminants de la santé. Elle permet de développer des actions de promotion de la santé en prenant en compte les facteurs d'influence. Il s'agit de facteurs liés aux individus mais aussi à l'environnement social, l'environnement physique et institutionnel. Ces éléments ont été longuement étudiés au cours des dernières décennies et de nombreuses données sont venues étayer l'influence des déterminants sociaux et environnementaux sur l'état de santé des individus.

Recommandation n°15 : Encourager et soutenir les initiatives locales visant à adapter les démarches socio-écologiques de promotion de la santé qui ont fait leur preuve comme ICAPS, PRALIMAP-INÉS.

➤ Agir sur les personnes

[367] De nombreux facteurs individuels influencent les processus de consommation : des facteurs génétiques et biologiques, le sexe, l'âge, mais aussi différents facteurs intellectuels, émotionnels ou sociologiques. Les facteurs psychologiques sont représentés par les croyances, le vécu et la confiance des individus. Ils concernent aussi les bénéfices perçus : plaisir et convivialité plutôt que connaissance des effets sur la santé. Le consommateur reçoit de nombreuses informations et recommandations sur sa santé et la meilleure façon de s'alimenter dont l'efficacité n'est pas toujours au rendez vous en matière de comportement alimentaire. Cependant, les campagnes d'information peuvent être diversifiées et améliorées. Complétées par des actions collectives dans lesquelles le sujet est engagé, elles peuvent induire le changement¹⁹³.

➤ Agir sur les relations sociales (familles, amis, pairs)

[368] La famille et de façon plus large l'entourage social – amis, collègues, peuvent influencer les préférences alimentaires mais aussi les pratiques alimentaires en particulier les rythmes et la structuration des repas. L'alimentation est un élément important de sociabilité, il est donc nécessaire de s'appuyer sur ce facteur pour induire les changements parce que le groupe permet, par l'effet d'engagement, de maintenir ces changements dans la durée.

[369] Pour les enfants, les parents jouent un rôle en tant que modèle mais aussi par leur capacité à moduler ou à contrôler les comportements de leurs enfants. En ce sens des programmes d'éducation & action avec les parents et les enfants sont un bon moyen d'arriver à faire évoluer les comportements alimentaires.

➤ Agir sur l'environnement nutritionnel au sens large et en particulier sur l'offre alimentaire

[370] Les démarches de consommation alimentaire sont influencées par des éléments divers. En premier lieu on peut citer la disponibilité et l'accessibilité des produits ; en second lieu leur apparence, l'information qui leur est associée et en troisième lieu la notoriété.

[371] Il est donc possible d'agir sur ces différents facteurs pour améliorer l'offre alimentaire à la fois en termes de disponibilité, de qualité mais aussi de quantité et de présentation. *A contrario*, il est possible de réduire l'accessibilité des aliments dont les effets sur la santé sont néfastes. La taxe sur les sodas est un bon exemple de ce type d'action. La limitation de la taille des portions ou le contrôle des quantités est classé au premier rang des actions efficaces selon le rapport de McKinsey précité¹⁹⁴.

¹⁹³ Cf. en pièce jointe 2 : récapitulatif des différentes interventions mises en place pour modifier les comportements alimentaires, extrait de INRA, *Les comportements alimentaires, Quels en sont les déterminants ? Quelles actions, pour quels effets ?* Synthèse de l'expertise collective, juin 2010, 64 p.

¹⁹⁴ Cf. en pièce jointe 3 le schéma : *There is considerable scope to have high impact on obesity in a cost-effective way.* *Op.cit.* p. 5.

2.4.6 Un rôle fondamental de l'éducation nationale dans la détection et la politique de prévention

[372] Depuis 2011¹⁹⁵, la politique éducative de santé dans les territoires académiques comprend, parmi ses sept objectifs prioritaires « généraliser la mise en œuvre de l'éducation nutritionnelle et promouvoir les activités physiques (intégrant la prévention du surpoids et de l'obésité) ». La circulaire n°2015-117 du 10 novembre 2015 est venue intégrer pleinement la politique éducative sociale et de santé à la mission de l'école.

[373] Le parcours éducatif de santé (PES) a concrétisé ces orientations. Il a été préparé par un comité de pilotage auquel participaient en particulier la DGS, la MILDECA, l'INCa et l'INPES, et consacré par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. La circulaire relative au PES pour tous les élèves, publiée le 28 janvier 2016, sera bientôt appuyée par un guide d'accompagnement pour sa mise en œuvre¹⁹⁶. Reste à démultiplier, sur cette base déjà solide, les formations nécessaires pour affermir la qualité des messages éducatifs et assurer leur diffusion. L'outil de formation « PROFEDUS »¹⁹⁷ réalisé par l'IUFM d'Auvergne, le réseau national des IUFM et l'INPES constitue une base très solide à cet effet. Le MOOC¹⁹⁸ associé à la démarche ICAPS fournit un exemple de support de formation adapté à une diffusion massive à l'échelle de l'éducation nationale, et souple au regard des contraintes d'agenda des éducateurs.

[374] Car les exemples ne manquent pas où les contraintes matérielles, le poids des cultures et des habitudes viennent contrarier les meilleures intentions éducatives : pauses méridiennes amputées, conduisant à une restauration rapide et déséquilibrée ; stations assises prolongées, interdits sur le mouvement, y compris en cour de récréation, trop facilement assimilé à l'agitation ; moindre priorité accordée à l'éducation physique et aux résultats sportifs qu'aux matières académiques.

[375] De plus, l'éducation nationale est sollicitée par de nombreuses politiques publiques, comme en témoigne la litanie des « parcours » censés être mis en œuvre par les équipes pédagogiques : « parcours avenir », « parcours citoyen », « parcours d'éducation artistique et culturelle »... De trop nombreuses priorités nuisent à la lisibilité des projets d'établissement, et conduisent à la dilution des actions et au découragement des acteurs.

Recommandation n°16 : Imposer la règle qu'aucune distribution de denrées en milieu scolaire ne peut avoir lieu sans un accompagnement pédagogique relatif à l'alimentation et à la nutrition.

Recommandation n°17 : Compléter le parcours d'éducation à la santé et son guide d'accompagnement par des MOOC adaptés à ses thématiques et aux âges des publics visés.

Recommandation n°18 : Revoir les règles relatives à la pause méridienne pour garantir qu'un temps suffisant soit consacré au repas.

Recommandation n°19 : Expérimenter l'insertion d'épisodes plus fréquents d'activité physique pendant et entre les cours.

¹⁹⁵ Circulaire n° 2011-216 du 2 décembre 2011.

¹⁹⁶ La mission a pu consulter le document destiné aux équipes éducatives des écoles, des collèges et des lycées qui en disposeront dès la rentrée scolaire 2016-2017.

¹⁹⁷ « Promouvoir la formation des enseignants en éducation à la santé » ou PROFEDUS est destiné aux intervenants en formation initiale et continue d'enseignants. Il est composé d'un ouvrage sur la formation des enseignants en éducation à la santé, d'un « photoformation », d'un ensemble de fiches pour le formateur et d'un DVD.

¹⁹⁸ MOOC : Massive online open course.

2.5 Une priorité effective doit être donnée à la réduction des inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique

- [376] L'étude INSERM¹⁹⁹ a mis en évidence que « la plupart des interventions considérées séparément » ont des effets « modestes, voire faibles, suggérant l'existence de facteurs lourds, multiples et difficilement modulables », qui ne dépendent pas de la motivation ou de la force d'âme de la personne concernée, « déterminant les pratiques de consommation alimentaire et d'activité physique ». « Seule une combinaison de politiques, conduite de façon pérenne sur le long terme », peut permettre des améliorations sensibles de l'état nutritionnel des populations !
- [377] Certaines interventions – les campagnes nationales de communication par exemple – s'adressent à la population dans son ensemble ; elles ont des effets faibles sur le comportement et la santé de chaque personne prise isolément ; elles sont susceptibles de toucher davantage les personnes bien insérées socialement et d'accroître les inégalités sociales de santé.
- [378] D'autres interventions s'adressent à des catégories particulières de la population, personnes déjà affectées par une maladie chronique (obésité, diabète) ou personnes issues de groupes sociaux défavorisés, auxquelles un accompagnement, individuel ou mieux encore en groupe, est proposé à moyen ou long terme. Leur efficacité se mesure au changement durable des personnes participantes.
- [379] Les études ont montré que les injonctions à procéder à la modification du comportement d'achat et de consommation étaient dénuées d'effet et pouvaient même se montrer largement contre-productives, quand elles faisaient appel à la volonté, au contrôle de soi ; comme l'établit l'étude INSERM avec insistance, « des formes subtiles de discrimination sont susceptibles à elles seules d'invalider sérieusement une action de santé pourtant bénéfique en soi ». En revanche, les stratégies fondées sur le renforcement de l'autonomie et des capacités des personnes cibles et de leurs proches seraient susceptibles d'impulser un changement durable.
- [380] Il s'agit donc d'identifier et mettre en œuvre des stratégies d'intervention « visant à réduire les inégalités sociales en lien avec la nutrition considérée comme un déterminant majeur de la santé²⁰⁰ », en s'appuyant sur les acquis des sciences sociales et, notamment, de la psycho-sociologie.
- [381] L'étude INSERM insiste sur la nécessité de combiner des mesures de « prévention passive », portant sur « l'environnement des individus » et des mesures de « prévention active », fondées sur l'accompagnement non stigmatisant des individus permettant seul une évolution progressive des comportements d'achat et de consommation.
- [382] La généralisation de l'accompagnement de dizaines ou de centaines de milliers de personnes suppose une volonté politique forte, identifiant la progression du surpoids et de l'obésité comme une priorité sanitaire et comme une priorité sociale ; la mobilisation de moyens conséquents ; la mise en place d'équipes territoriales dédiées, formées et robustes, en lien étroit avec la réalité des territoires et des populations : personnes exclues, personnes précaires, personnes isolées, personnes incarcérées, personnes migrantes...

¹⁹⁹ Citée à maintes reprises dans ce rapport.

²⁰⁰ In « Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique, *Expertise collective*, INSERM, avril 2014 ».

- [383] De même, la transformation de l'environnement des personnes, permettant d'améliorer la disponibilité d'aliments de bonne qualité nutritionnelle, de lutter contre la sédentarité et d'encourager l'exercice physique, est conditionnée à une action de longue haleine, mobilisant au plus haut niveau l'ensemble des outils identifiés plus haut.

Recommandation n°20 : Traduire, dans chacune des mesures et actions du prochain programme, la priorité effective donnée à la réduction des inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation, en précisant les moyens dédiés et les indicateurs de performance sanitaire.

- [384] Plusieurs études ont montré que « la compréhension de l'étiquetage nutritionnel est d'autant moins bonne et son utilisation moins fréquente que le niveau d'éducation est faible » et que « les effets directs de l'affichage nutritionnel sur les choix des consommateurs sont modestes, voire faibles, particulièrement dans les catégories plus défavorisées de la population ».

Recommandation n°21 : Retenir le système d'étiquetage nutritionnel le mieux compris et donc le mieux à même de modifier le comportement de la cible prioritaire (et non le plus complet).

Recommandation n°22 : Adopter un système d'actualisation des repères nutritionnels avec deux niveaux de lecture, permettant de combiner la simplicité pour l'ensemble des usagers et la précision, pour les personnes plus impliquées.

- [385] Face à l'affirmation hasardeuse selon laquelle l'étiquetage nutritionnel favoriserait la « reformulation » des produits les moins satisfaisants sur le plan nutritionnel, les entreprises semblent tentées de « segmenter le marché », en ne reformulant que les produits « haut de gamme » ou porteurs d'allégations alimentaires, les personnes moins favorisées continuant à consommer des produits standards non reformulés.

Recommandation n°23 : Agir (enfin) sur la qualité de l'offre alimentaire, en mobilisant toutes les ressources réglementaires, par exemple pour encadrer la teneur en acides gras trans²⁰¹ ou la teneur en sucres totaux des sodas sucrés.

- [386] Peu de travaux permettent de mesurer l'impact social de la taxation d'un produit sans intérêt nutritionnel : les taxes « pourraient avoir » un impact plus fort sur la consommation des produits visés dans les ménages à bas revenu que dans les ménages plus aisés, mais aussi « induire des effets de substitution plus marqués entre groupes d'aliments ». L'intérêt nutritionnel de la taxe est limité ou nul, s'il induit le report des consommations sur des équivalents moins chers du même produit ou sur un autre produit, dénué lui aussi d'intérêt nutritionnel. Ou s'il conduit les firmes à revoir à la baisse la qualité des gammes les moins chères...

- [387] En revanche, le soutien à la consommation de produits favorables à la santé et insuffisamment consommés – fruits et légumes notamment – doit être développé, au-delà des expériences limitées conduites jusqu'ici : modulation de la TVA, bons d'achat, abonnements à des paniers solidaires etc. Ces initiatives supposent une coordination active avec le PNA et plus généralement, avec le ministère de l'Agriculture.

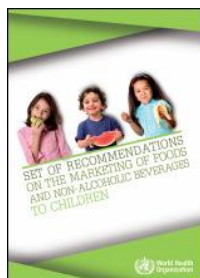
Recommandation n°24 : Mettre en place des actions de promotion de la consommation et de soutien des filières locales, en négociant, si besoin, les modalités au niveau communautaire.

²⁰¹ On nous objectera que l'industrie agro-alimentaire aurait déjà largement anticipé cette interdiction ? Raison de plus : l'interdiction n'aura aucun « coût » pour ceux qui ont déjà modifié leurs approvisionnements et process ; elle ne touchera que les mauvais élèves, sur les gammes « *low cost* » massivement consommées par les plus précaires.

Recommandation n°25 : Mettre en place des actions d'amélioration de l'accès des personnes cibles aux fruits et légumes de saison.

2.6 Les études sont nombreuses et convergent, s'inspirer des exemples et recommandations de l'OMS : protéger les enfants en interdisant toute forme de publicité à leur intention

[388] Dès 2010, l'OMS éditait un certain nombre de recommandations relatives à la lutte contre l'obésité infantile. Elles ont été actualisées pour l'Europe en 2013 puis ont fait l'objet d'une nouvelle adaptation en 2016 à la suite des constats et de la redéfinition des objectifs de l'OMS en 2015²⁰². Parmi toutes les recommandations, figure celle relative à la réduction de l'exposition des enfants et des adolescents au *marketing* et aussi la diminution des capacités du *marketing* vis-à-vis des enfants pour les produits alimentaires néfastes à la santé. La commission de l'OMS traitant de ce sujet regrette dans ce document que les États membres n'aient pas tenu compte de la précédente recommandation de 2010 (WHA63.14)



In May 2010, at the Sixty-third World Health Assembly, the WHO Member States endorsed a set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children (resolution WHA63.14). The recommendations were developed in response to a request made by Member States in May 2007 (resolution WHA60.23)

The main purpose of the recommendations is to guide efforts by Member States in designing new and/or strengthening existing policies on food marketing communications to children in order to reduce the impact on children of marketing of foods high in saturated fats, trans-fatty acids, free sugars, or salt.

[389] Après trois PNNS pour lesquels les engagements volontaires ont marqué la limite de leur efficacité dans ce domaine, il paraît indispensable de faire le choix d'une approche globale interdisant toute forme de publicité alimentaire destinée aux enfants. A l'instar du modèle québécois pour protéger les enfants de la publicité et du *marketing*, il s'agirait d'interdire la publicité alimentaire en direction des enfants diffusée sur tout support et pas seulement à la télévision.

Recommandation n°26 : Interdire toute forme de publicité alimentaire sur tout support visant les enfants de 12 ans et moins.

2.7 Utiliser le levier fiscal pour influencer sur les consommations et financer les actions de prévention

[390] La taxation des produits alimentaires est une pratique ancienne en France. Elle a évolué au fil du temps et au gré d'impératifs variés, sans logique d'ensemble.

[391] En 2008, un rapport conjoint de l'IGAS et de l'IGF a étudié la question de la « pertinence et la faisabilité d'une taxation nutritionnelle »²⁰³. Dans ses conclusions, la mission restait prudente et privilégiait le recours aux taxes existantes. Cependant, il était décidé d'instaurer une taxe particulière pour les boissons sucrées par la loi de finances pour 2012. La mesure s'accompagnait d'une taxation équivalente pour les boissons édulcorées. (Cf. 2.7.2 ci-dessous).

²⁰² World Health Organization, *Ending childhood obesity*, 2016, 50 p.

²⁰³ Berthod-Wurmser M, Hespel V, Rapport sur la pertinence et la faisabilité d'une taxation nutritionnelle, IGAS, N°RM2008-073, IGF, N°2008-M-002-01, juillet 2008. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000613.pdf>

[392] Le rapport d'information publié en 2014 par la mission d'information du Sénat faisait une dizaine de propositions pour améliorer la fiscalité dite « comportementale » en la dénommant précisément « contribution de santé publique »²⁰⁴.

[393] Pour une description détaillée de la fiscalité sur les produits alimentaires, la mission renvoie au tout récent rapport d'information de l'Assemblée nationale enregistré le 22 juin 2016²⁰⁵. Un tableau récapitulatif des taxes et droits portant sur les produits agroalimentaires figure en pièce jointe.

2.7.1 Augmenter le taux de la taxe spéciale sur la publicité télévisée

[394] La mission recommande de revoir les conditions de parrainage et de financement d'actions se réclamant d'un plan gouvernemental par des firmes commercialisant des produits présentant des risques pour la santé.

[395] Pour compenser les éventuelles pertes liées à ces financements, il conviendrait de dégager des ressources supplémentaires. Une possibilité consisterait à majorer la taxe spéciale sur la publicité télévisée et à affecter une partie de la recette correspondante aux actions de prévention en santé dans le domaine de la nutrition. Les recettes attendues sont de l'ordre de 50 M€ pour 2016.

Tableau 10 : Produit de la taxe spéciale sur la publicité télévisée (en milliers d'euros)

Désignation des recettes	Exécution 2014	Évaluation initiale pour 2015	Évaluation révisée pour 2015	Écarts entre les évaluations pour 2015 et proposées pour 2016				Évaluation proposée pour 2016
				Effet de l'évolution spontanée	Mesures antérieures au présent PLF	Mesures nouvelles du présent PLF	Mesures de périmètre et de transfert	
1774 – Taxe spéciale sur la publicité télévisée	49 315	51 970	50 000	1 250				51 250

Source : Annexe au projet de loi de finances pour 2016, Évaluations des voies et moyens, tome I, les évaluations des recettes, p.57.

[396] Les conditions de règlement de cette taxe devraient être adaptées pour dégager le montant de recettes supplémentaires souhaité.

[397] Il faut rappeler qu'une « contribution versée par les annonceurs et les promoteurs qui dérogent à l'obligation de faire figurer une information à caractère sanitaire dans les messages publicitaires, est établie conformément à l'article L. 2133-1 du code de la santé publique. »²⁰⁶. Selon le rapport d'information de l'Assemblée nationale précité, le rendement est faible : « Le produit de cette taxe, qui est affecté à l'INPES, n'a pas dépassé 1,3 million d'euros en 2014. ». Cette faiblesse était déjà notée par la mission IGAS-IGF de 2008.

[398] Le montant des recettes de cette contribution est donc insuffisant pour financer le déploiement des actions de prévention à une échelle correspondant aux ambitions du PNNS. Un accroissement des recettes de 5 M€ de la taxe spéciale sur la publicité télévisée permettrait de supprimer la contribution INPES.

²⁰⁴ *Op.cit.* p.7.

²⁰⁵ Rapport d'information sur la *taxation des produits agroalimentaires*, déposé par les députés Véronique Louwagie et Razy Hammadi au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire, Assemblée nationale, N°3868 du 22 juin 2016, <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i3868.pdf>.

²⁰⁶ Article 1609 *octovicies* du CGI. <https://www.legifrance.gouv.fr/CGI/art/1609/octovicies>. Cette taxe est entrée en vigueur le 1^{er} mars 2007 à la suite de la loi de santé publique de 2004.

[399] Et cela d'autant plus que l'inefficacité des messages sanitaires insérés dans les publicités alimentaires est avérée. Cette inefficacité et la confusion qu'entraîne la diffusion d'un message sanitaire dans les publicités pour des aliments non bénéfiques pour la santé, ont été soulignées dans le rapport d'information du Sénat sur la fiscalité comportementale²⁰⁷.

2.7.2 Reconsidérer la fiscalité s'appliquant aux boissons sucrées

[400] La taxe sur les boissons sucrées a été introduite en 2012 par la loi de finances. Dans un souci de parallélisme, une taxe équivalente a été créée pour les boissons édulcorées. Le rendement de ces deux taxes est élevé : 371 M€ sont attendus pour 2016. Les produits de ces deux taxes sont directement affectés au financement de la CCMSA. Les deux contributions ne permettent donc pas de financer les actions de prévention en matière de nutrition. La mission estime que ces deux taxes doivent être maintenues, en particulier sur les boissons édulcorées compte tenu des effets de substitution et d'habitude au goût.

[401] La répercussion de la taxe dans le prix de vente aux consommateurs est trop modeste pour avoir eu un effet certain sur les comportements. Le montant est de 7,53 euros par hectolitre ce qui représente à peine 11,23 centimes pour une bouteille d'1,5 litre de soda ou 2,51 centimes pour une boîte de soda de 33 centilitres.

Tableau 11 : Produits des taxes affectées sur les boissons sucrées et édulcorées
(en millions d'euros)

Description	Exécution 2014	Prévision 2015	Prévision 2016
Taxe sur les boissons sucrées	309	312	313
Organisme bénéficiaire :			
♦ CCMSA non salariés - maladie			
Textes législatifs :			
♦ Article 1613 ter du code général des impôts			
Taxe sur les boissons édulcorées	58	58	58
Organisme bénéficiaire :			
♦ CCMSA non salariés - maladie			
Textes législatifs :			
♦ Article 1613 quater du code général des impôts			

Source : Annexe au projet de loi de finances pour 2016, Évaluations des voies et moyens, tome I, les évaluations des recettes, p.161-162

[402] Pour ces raisons la mission estime préférable de reconsidérer le classement des sodas, sirops et limonades dans la catégorie des produits alimentaires bénéficiant du taux de TVA réduit²⁰⁸. L'application à ces produits d'un taux de TVA à 20 % est la solution la plus simple à mettre en œuvre, la plus lisible pour les consommateurs et sans doute la plus efficace. En effet, elle permettrait à la fois de dégager des ressources pour le financement de la santé publique et d'agir sur le comportement des consommateurs.

²⁰⁷ Op. cit. p. 110-111.

²⁰⁸ Cf. à ce sujet article [Article 278-0 bis](#) du code général des impôts et le bulletin officiel des finances publiques : <http://bofip.impots.gouv.fr/bofip/2033-PGP.html>

- Les ressources dégagées par l'application du taux normal de TVA

[403] Selon les estimations faites par la mission d'information de l'Assemblée nationale précitée, un relèvement du taux de la TVA de 5,5 à 20 % permettrait de dégager environ 650 M€ de recettes supplémentaires. Le relèvement de ce taux pourrait être accompagné de mesures de simplification, c'est-à-dire de suppression d'autres taxes affectées de moindre rendement. Il conviendrait alors d'affecter une partie de ces recettes supplémentaires aux bénéficiaires de ces taxes supprimées.

[404] Une partie significative du solde des recettes supplémentaires devrait être affectée au financement des actions de prévention dans le domaine de la nutrition. La mission estime qu'il serait alors possible de tripler les crédits de prévention du programme 204 versés aux ARS. Cette mesure permettrait également de dégager des crédits pour le financement de la délégation interministérielle dont elle recommande la création.

- Agir sur le comportement des consommateurs

[405] Les spécialistes du comportement admettent que l'effet prix sur la consommation n'est sensible qu'à partir d'un certain seuil. Selon les résultats de plusieurs études, la baisse durable de consommation de soda ne serait perceptible qu'à partir d'une taxation à 20 %²⁰⁹. Contrairement à certains arguments avancés, cette mesure n'a pas de caractère « antisocial ». En effet, la mission rappelle que les personnes les plus défavorisées sont les plus touchées par le surpoids et l'obésité. Elle est donc adaptée à l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé. Certes, l'augmentation de prix serait de l'ordre de 15 % donc inférieure au seuil indiqué de 20 %, mais elle serait significative.

[406] Dans le même temps, il conviendrait de préserver la contribution spécifique sur les boissons sucrées et les boissons édulcorées, voire de l'augmenter pour accompagner les effets du passage de la TVA du taux réduit au taux normal. En effet, les effets des deux taxes sont complémentaires. La TVA étant proportionnelle à la valeur, a un effet moindre sur les produits les moins chers. Alors que la contribution sur les boissons sucrées ou édulcorées s'appliquant au volume, a un effet relatif moindre sur les produits les plus chers. Un effet combiné des deux taxes permettrait une augmentation proche du seuil des 20 %.

[407] L'augmentation importante du prix des boissons avec sucres ajoutés ne suffira pas à elle seule à réduire significativement le taux de prévalence du surpoids et de l'obésité. Mais combinée à des mesures de prévention ciblées ou non, elle aura des effets dans le temps.

Recommandation n°27 : Appliquer le taux normal de la TVA aux sodas, limonade et sirops, maintenir ou augmenter la contribution sur les boissons sucrées et édulcorées.

2.8 Quels prolongements pour le plan obésité ?

[408] La mission ne préconise pas la mise en place d'un « plan obésité 2 ». Mais elle considère que le prolongement du plan obésité 2011-2013 devrait emprunter simultanément deux voies distinctes :

- la prévention du surpoids et de l'obésité modérée non compliquée, dont les leviers se situent en amont du système de soins hospitalier, doit être l'une des priorités du prochain PNNS, quel que soit le nom qui lui sera alors donné ;
- Les personnes qui présentent un surpoids compliqué ou une obésité morbide doivent être prises en charge par le système de soins. Le travail impulsé par le

²⁰⁹ Franck C, Grandi S. M, Eisenberg M. J, Taxing junk food to counter obesity, *American journal of public health*, novembre 2013, Vol. 103, No. 11, p. 1949-1953.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3828689/pdf/AJPH.2013.301279.pdf>

plan obésité en direction des acteurs de l'offre de soins et visant prioritairement le premier recours devra se poursuivre, ses acquis consolidés et étendus.

Il s'agira notamment de :

Conforter les acquis du plan obésité en matière d'organisation des soins au moyen d'une mission d'intérêt général spécifique nantie de financements dédiés assurant notamment la pérennité des centres spécialisés ;

Clarifier le financement des transports bariatriques ;

Labelliser rapidement les centres chirurgicaux de l'obésité en commençant par la chirurgie pédiatrique ; assurer un contrôle qualité spécifique de leur activité à l'aide d'indicateurs cliniques ;

Modéliser le parcours postopératoire et garantir le suivi à long terme du patient obèse (registre national des interventions ; financement du suivi)

Mettre en place des parcours de soins de la personne obèse, différenciés selon les âges et les conditions de vie, en insistant sur le rôle de coordination des médecins généralistes, et en expérimentant la mise en place d'agents de santé communautaire ; mettre en place les financements adaptés à ces parcours ; compléter le maillage territorial nécessaire aux parcours de soins des patients obèses, sur la base d'un plan d'action spécifique dans chaque région : structures de proximité, éducation thérapeutique, SSR, consultations spécialisées, voire structure régionale spécialisée dans la prise en charge enfants-parents obèses.

Outiller les médecins généralistes par des aides à la décision, facilitant l'orientation des patients obèses dans le système de soins.

Expérimenter la mise en place d'agents de santé communautaire.

[409] En outre, et au regard de la persistance de fortes discriminations – en milieu scolaire, en milieu professionnel – dont les personnes obèses sont victimes, de nouvelles initiatives devraient contribuer à changer le regard de la société sur l'obésité, et celui des obèses sur eux-mêmes, qui ne relèvent pas seulement d'un plan de santé publique. Mais la promotion d'une approche communautaire²¹⁰, intégrée et soutenue par le maillage territorial mis en place, tant dans le cadre du PNNS que dans le prolongement du plan obésité, devrait y contribuer, notamment en intégrant l'environnement familial s'agissant de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent.

Recommandation n°28 : Intégrer les dimensions de la prévention du surpoids et de l'obésité dans les plans grand public (PNA, successeur du PNNS, P2SB...) et conforter les acquis du plan obésité au moyen d'orientations ministérielles spécifiques.

2.9 Les DOM et les TOM : une priorité incontestable

[410] Comme on l'a expliqué plus haut, la mission n'a pas été en mesure de procéder de façon exhaustive à l'évaluation de la situation nutritionnelle dans les départements et territoires d'outre-mer, alors que ces départements et territoires sont très atteints par l'épidémie de surpoids et d'obésité. Elle n'a donc pas pu évaluer la mise en œuvre de la loi Lurel de juin 2013²¹¹.

[411] La situation est préoccupante en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie, à Wallis-et-Futuna. Elle est mal connue en Guyane.

²¹⁰ « S'appuyant sur le fait que des changements individuels peuvent être produits par le biais de l'implication dans une action collective, la santé communautaire met en œuvre une action collective locale », in « Pour un débat citoyen sur la santé plus actif », DGS-Planète publique, juillet 2011.

²¹¹ Loi n°2013-453 du 3 juin 2013, visant à garantir la qualité de l'offre alimentaire en outre-mer.

Recommandation n°29 : Diligenter une évaluation de la situation nutritionnelle et de la mise en œuvre du plan national nutrition santé 2011-2015 et du plan obésité 2010-2013 en direction des populations d’outre-mer, dans les DOM et TOM.

3 CONCLUSION

- [412] Comme la précédente mission d'évaluation du PNNS, la mission considère que la reconduction du plan en l'état n'est pas souhaitable : sa logique d'ensemble a démontré ses limites, voire ses effets contreproductifs. Elle doit donc être profondément transformée.
- [413] Cette rupture doit se manifester aussi par le changement de nom et de structure du prochain plan. Il sera constitué d'actions en nombre restreint, réalisables en 3 à 5 ans. Celles-ci serviront des priorités de plus long terme formant le cadre stable des politiques.
- [414] Ce qui a manqué au PNNS, c'est un soutien politique fort à la priorité que devrait être la prévention des risques pour la santé dans le domaine de l'alimentation.
- [415] La politique de promotion de la santé doit désormais être incarnée au niveau interministériel : à l'échelon central par la création d'une délégation interministérielle – voire un haut commissariat, et à l'échelon régional en confortant les compétences et les moyens des directeurs généraux d'ARS. Seraient enfin assurées la cohérence des politiques publiques et la convergence des efforts de tous les acteurs qui y contribuent.
- [416] La mise en réseau de ces derniers constitue une autre évolution à engager rapidement afin d'assurer la capitalisation, l'évaluation, la mutualisation, la démultiplication et la valorisation des initiatives locales.
- [417] Au nom de cette cohérence, la voie ouverte par la récente loi de modernisation de la santé doit être confortée : l'activité physique apporte en soi des bénéfices préventifs et curatifs qui dépassent largement le cadre de la nutrition et du bilan énergétique. La lutte contre la sédentarité et la promotion de l'activité physique doivent constituer un plan en soi.
- [418] Parmi les pays de l'OCDE, la France se distingue par l'importance des inégalités de santé. Pourtant, en dépit de ses objectifs, le PNNS 3 n'a pas disposé des moyens ni mis en œuvre les mesures permettant de réduire ces inégalités d'accès à une alimentation de bonne qualité nutritionnelle et dans les comportements alimentaires. Pour atteindre cet objectif, des décisions fortes devront être prises pour améliorer l'offre alimentaire.
- [419] Une pression fiscale significative sur les produits de médiocre qualité nutritionnelle permettrait aussi de dégager des ressources nouvelles pour la prévention, parent pauvre des dotations budgétaires. L'insuffisance des moyens consacrés à la prévention engendre pourtant des dépenses de santé différées extrêmement lourdes pour la collectivité.
- [420] Outre la priorité politique à lui accorder, la réussite du prochain plan repose sur l'adhésion du public. L'abandon d'une posture trop normative et hygiéniste, la promotion du bien-vivre comme condition du bien-être et de la bonne santé, devront être au cœur du successeur du PNNS 3.
- [421] Exclusivement dédié au grand public, il devra cibler plus particulièrement les populations précaires, notamment celles qui ne bénéficient pas des réseaux de l'aide alimentaire, les enfants et les adolescents, les personnes âgées isolées, afin d'induire durablement des comportements alimentaires sains et éclairés.

Signataires du rapport

Charles de BATZ

Félix FAUCON

Dominique VOYNET

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
1.	Recentrer le programme national nutrition santé sur les questions d'alimentation et de santé.	DGS	2017
2.	Mettre en place un plan national de promotion de l'activité physique ou compléter et actualiser le plan sport santé bien-être, et organiser la cohérence et la coordination entre les deux plans (alimentation & santé – activité physique).	D.Sports-DGS	2017
3.	Clarifier les champs respectifs du PNA : disponibilité des aliments, organisation de la distribution, circuits courts, qualité organoleptique, sanitaire et nutritionnelle des variétés, sécurité sanitaire ; et du PNNS : qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire, promotion d'une alimentation saine, comportements nutritionnels, hygiène de vie ; en précisant les missions de chacun et en assurant une coordination effective et permanente entre les deux plans.	PM-Délégué interministériel	2017
4.	Mettre en place un véritable pilotage interministériel du PNNS, avec la création d'une délégation interministérielle à l'alimentation et à la santé, voire à la promotion de la santé.	PM-Délégué interministériel	2017
5.	Créer les conditions d'une coordination des ARS et des services déconcentrés en charge des plans concourant à la promotion de la santé.	SGMAS	2017
6.	Organiser la capitalisation, la mutualisation et la promotion des initiatives, tant au niveau régional qu'au niveau national.	Délégué interministériel	2017
7.	Moderniser les outils de conduite du plan, tant au niveau national que régional, pour identifier précisément les pilotes des actions, les échéances fixées, les financements mobilisés.	Délégué interministériel-DGS	2017
8.	Repositionner le PNNS comme un plan « grand public » de prévention et de promotion de la santé.	Délégué interministériel-DGS	2017
9.	Le PNNS doit changer d'appellation pour changer d'image.	DGS	2017
10.	Rééditer et diffuser sans délai les guides nutritionnels de l'INPES.	INPES	2017
11.	Privilégier la recherche sur « les déterminants biologiques, environnementaux, culturels, économiques et sociaux », relative aux conséquences des pratiques et comportements sur l'état nutritionnel.	Délégué interministériel-DGS	2017
12.	Mettre en place les outils permettant d'animer les différents réseaux d'acteurs : correspondants régionaux des ARS, correspondants des villes partenaires, associations...	Délégué interministériel-DGS-INPES	2017
13.	Mettre en place et appuyer les dispositifs de partage d'expériences et valoriser les savoir-faire communautaires.	Délégué interministériel-DGS	2017
14.	Construire le successeur du PNNS 3 à partir d'un petit nombre d'objectifs compréhensibles par le grand public ; le compléter par des instructions ciblées à destination des professionnels de santé.	DGS	2017
15.	Encourager et soutenir les initiatives locales visant à adapter les démarches socio-écologiques de promotion de la santé qui ont fait leur preuve comme ICAPS, PRALIMAP-INÉS.	DGS	2017
16.	Imposer la règle qu'aucune distribution de denrées en milieu scolaire ne peut avoir lieu sans un accompagnement pédagogique relatif à l'alimentation et à la nutrition.	DGESCO	2017
17.	Compléter le parcours d'éducation à la santé et son guide d'accompagnement par des MOOC adaptés à ses thématiques et aux âges des publics visés.	DGESCO	2017
18.	Revoir les règles relatives à la pause méridienne pour garantir qu'un temps suffisant soit consacré au repas.	DGESCO	2017
19.	Expérimenter l'insertion d'épisodes plus fréquents d'activité physique	DGESCO	2017

	pendant et entre les cours.		
20.	Traduire, dans chacune des mesures et actions du prochain programme, la priorité effective donnée à la réduction des inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation, en précisant les moyens dédiés et les indicateurs de performance sanitaire.	DGS-DGCS-DGAL	2017
21.	Retenir le système d'étiquetage nutritionnel le mieux compris et donc le mieux à même de modifier le comportement de la cible prioritaire (et non le plus complet).	DGS	2017
22.	Adopter un système d'actualisation des repères nutritionnels avec deux niveaux de lecture, permettant de combiner la simplicité pour l'ensemble des usagers et la précision, pour les personnes plus impliquées.	DGS	2017
23.	Agir (enfin) sur la qualité de l'offre alimentaire, en mobilisant toutes les ressources réglementaires, par exemple pour encadrer la teneur en acides gras trans ou la teneur en sucres totaux des sodas sucrés.	DGS-DGAL	2017
24.	Mettre en place des actions de promotion de la consommation et de soutien des filières locales, en en négociant, si besoin, les modalités au niveau communautaire.	DGAL	2017
25.	Mettre en place des actions d'amélioration de l'accès des personnes cibles aux fruits et légumes de saison.	DGAL-DGCS	2017
26.	Interdire toute forme de publicité alimentaire sur tout support visant les enfants de 12 ans et moins.	Délégué interministériel	2017
27.	Appliquer le taux normal de la TVA aux sodas, limonade et sirops, maintenir ou augmenter la contribution sur les boissons sucrées et édulcorées.	Minefi	2017
28.	Intégrer les dimensions de la prévention du surpoids et de l'obésité dans les plans grand public (PNA, successeur du PNNS, P2SB...) et conforter les acquis du plan obésité au moyen d'orientations ministérielles spécifiques.	Délégué interministériel-DGS	2017
29.	Diligenter une évaluation de la situation nutritionnelle et de la mise en œuvre du plan national nutrition santé 2011-2015 et du plan obésité 2010-2013 en direction des populations d'outre-mer, dans les DOM et TOM.	DGS	2017

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

✓ **Ministère des Affaires sociales et de la Santé**

➤ Cabinet

M. Etienne CHAMPION, directeur de cabinet ;
M. Nicolas PEJU, directeur adjoint de cabinet ;
M. Nicolas PRISSE, conseiller technique.

➤ Direction générale de la Santé (DGS) du ministère de la Santé et des Affaires sociales

M. Benoît VALLET, directeur général ;
M^{me} Joëlle CARMES, sous directrice prévention des risques liés à l'environnement et l'alimentation ;
M^{me} Laurence CATE adjointe à la sous directrice prévention des risques liés à l'environnement et l'alimentation ;
M^{me} Magali NAVINER, chef du bureau alimentation et nutrition,
M^{me} Sylvie DREYFUS adjointe au chef du bureau,
M. Michel CHAULIAC, responsable du PNNS
M^{me} Isabelle de GUIDO, ingénieur du génie sanitaire.

➤ Direction de la sécurité sociale (DSS) du ministère de la Santé et des Affaires sociales

M. Thomas FATÔME, directeur de la Sécurité sociale ;
M. Thomas WANECQ, sous-directeur du financement du système de soins ;
M^{me} Charlotte BOUZAT, cheffe de la mission coordination et gestion du risque maladie.

➤ Direction générale de l'organisation des soins

M^{me} Katia JULIENNE, cheffe de service adjointe à la direction générale de l'offre de soins ;
M^{me} Erell PENCRÉAC'H, responsable du volet offre de soins du plan obésité ;
M. Thierry KURTH, adjoint au chef du bureau R3 de la sous-direction de la régulation de l'offre de soins.

➤ Direction générale de la cohésion sociale

M^{me} Cécile TAGLIANA, cheffe du service des politiques sociales et médico-sociales, adjointe au directeur général ;
M^{me} Angèle ARCHIMBAUT, cheffe du bureau accès aux droits, insertion, économie sociale et solidaire ;
M. Jean-François PIERRE, adjoint au chef de bureau familles et parentalité.

✓ **Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche**

➤ Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO)

M^{me} Françoise PETREAULT, sous-directrice de la vie scolaire, des établissements et des actions socio-éducatives ;
M^{me} Véronique GASTÉ, cheffe du bureau de la santé, de l'action sociale et de la sécurité (B3-1) ;
M. Henri CAZABAN, adjoint à la cheffe du bureau de la santé, de l'action sociale et de la sécurité (B3-1).

✓ **Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports**

➤ Direction des sports (DS)

M^{me} France PORET-THUMANN, sous-directrice de l'action territoriale, du développement des pratiques sportives et de l'éthique du sport ;

M. Jean DHEROT, adjoint au chef du bureau de la protection du public, de la promotion de la santé et de la prévention du dopage.

✓ **Ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt**

➤ Direction générale de l'alimentation (DGAL)

M^{me} Emmanuelle SOUBEYRAN, chef du service de l'alimentation ;

M^{me} Gwenaëlle BIZET, chef du bureau du pilotage de la politique de l'alimentation.

✓ **Ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique**

➤ Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes

M. Jean-Louis GERARD, sous-directeur des produits alimentaires et marchés agricoles et alimentaires ;

M^{me} Dominique BAELDE, adjointe au chef de bureau Nutrition et information du consommateur (4A).

✓ **Autres**

➤ ANSP

M. François BOURDILLON, directeur général ;

M. Pierre ARWIDSON, directeur des Affaires scientifiques ;

M^{me} Anne-Juliette SERRY, coordinatrice du programme nutrition de l'INPES.

➤ ANSES

M. Dominique GOMBERT, directeur de l'évaluation des risques ;

M^{me} Irène MARGARITIS, chef de l'unité d'évaluation des risques nutritionnels, de l'agence nationale de sécurité sanitaire alimentation, environnement, travail.

➤ INCa

M. Thierry BRETON, directeur général ;

M. Jérôme VIGUIER, directeur du pôle santé publique et soins ;

M^{me} Raphaëlle ANCELIN, chargée de la nutrition au sein du département prévention du pôle santé publique et soin.

➤ CNAMTS

M^{me} Mathilde LIGNOT-LELOUP, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins ;

M^{me} Anne FAGOT-CAMPAGNAT, responsable du département études (pathologies et patients) ;

M^{me} Isabelle VINCENT, adjointe au responsable du département prévention et promotion de la santé ;

M^{me} Annie FOUARD, responsable du département hospitalier.

➤ ARS Île-de-France

M. Laurent CASTRA, directeur de la santé publique ;

M^{me} Lise JANNEAU, responsable du pôle offre en santé publique.

➤ MILDT

M^{me} Danièle JOURDAIN-MENNINGER, présidente et co-auteure d'un rapport d'évaluation du PNNS 2.

- Comité de validation des chartes d'engagements de progrès nutritionnel et du comité scientifique de l'évaluation ex ante des dispositifs d'étiquetage nutritionnel
M. Noël RENAUDIN, président.
- Comité national d'évaluation pour l'attribution du logo PNNS
M. Daniel NIZRI, président.
- Fonds français pour l'Alimentation et la Santé (FFAS)
M. Christian BABUSIAUX, président ;
M. Daniel NAIRAUD, directeur général.
- Association nationale des industries alimentaires (ANIA)
M. Jean-Philippe GIRARD, président ;
M^{me} Cécile RAUZY, directrice alimentation et santé de l'ANIA.
- Conseil national de l'alimentation (CNA)
M^{me} Véronique BELLEMAIN, directrice jusqu'en 2016 ;
M^{me} Karine BOQUET, directrice ;
M^{me} Marion BRETONNIERE, chargée de mission.
- Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)
M. Jean-François RAULT, président de la section santé publique et démographie médicale.
- Union fédérale des consommateurs (UFC)
M. Olivier ANDRAULT, chargé de mission agriculture et alimentation au département des études ;
M. Guilhem FENIEYS, chargé de mission relations institutionnelles.
- Comité national olympique et sportif français (CNOSF)
M. Alain CALMAT, président de la commission médicale.
- Association nationale pour le développement des épiceries solidaires (ANDES)
M. Guillaume BAPST, directeur.

✓ **Et**

M^{me} Thanh LE LUONG, directrice générale de l'INPES de 2008 à 2014, directrice générale de l'OFII

- Région Hauts de France
 - ARS
M. Jean-Yves GRALL, directeur général ;
M^{me} Evelyne GUIGOU, adjointe au directeur général ;
M^{me} Dorothée BUSSIGNIES, ex-responsable de l'offre de prévention régionale à l'ARS Nord-Pas-de-Calais, conseillère technique de la cellule de conseil technique et médical
M^{me} Amandine DEJANCOURT, ex-référente PNNS à l'ARS Picardie, responsable du service offre de prévention régionale et territoriale, au sein de la direction de la prévention et de la promotion de la santé ;
M^{me} Hinde TIZAGHTI, chargée de mission, référente nutrition/obésité, au sein de la direction de la stratégie et des territoires.
 - Rectorat
M. Luc JOHANN, recteur ;
M^{me} Muriel DEHAY, infirmière conseillère auprès du recteur.

- DRAAF

M^{me} Émilie HENNEBOIS, adjointe au chef de service régional alimentation.

- DRJSCS

M. André BOUVET, directeur ;

M. Aziz ALLAL, médecin conseiller ;

M. Jean-Christophe PINOT, responsable du pôle sport.

- CSO de Lille

M^{me} Monique ROMON, chef du service de nutrition au CHRU de Lille, professeur de nutrition à l'université de Lille 2, présidente de la société française de nutrition ;

M. François PATTOU, chef du service de chirurgie générale et endocrinienne, professeur de chirurgie à l'université de Lille 2.

- Région des Hauts de France

M. Claude-Olivier MARTIN, chef de Cabinet du Président ;

M. Loic BOURGAIN, assistant délégué auprès de M^{me} RYO, vice-présidente à la Santé ;

M^{me} Laurence MOUTIEZ, Directrice de la Santé ;

M^{me} Manuelle MILHAU, Directrice adjointe de la Santé.

- Mc Cain Europe continentale

M. Pierre GONDÉ, Regulatory Affairs & CSR Manager,

- Ville d'Armentières

M^{me} Catherine de PARIS, adjointe au maire à la santé, petite enfance et parentalité et M^{me} Anne-Sophie LENNE, chargée de mission, responsable CLS et coordinatrice de l'atelier santé ville

- Ville de Lille

M. Jérémie CRÉPEL, conseiller municipal délégué à la santé ;

M^{me} Hélène PAUCHET, responsable du service santé

- Ville de Tourcoing

M. Salim ACHIBA, adjoint au maire en charge de la santé ;

M^{me} Mélissa BELOUAR, chargée de mission santé à la direction des territoires

- ✓ **Région Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes (Nouvelle-Aquitaine)**

- ARS

M. Michel LAFORCADE, directeur général ;

M. Jean JAOUEN, directeur de la santé publique ;

M. Christophe CAILLIEREZ, responsable du pôle prévention et promotion de la santé ;

M^{me} Françoise THARAUD, direction santé publique ;

M^{me} Béatrice-Anne BARATCHART, référente PNNS-PO ;

M^{me} Marion ELISSALDE, chargée de mission prévention et promotion de la santé ;

M. Florian BESSE, responsable pôle santé publique environnement ;

M^{me} Nadine BONNOT, infirmière pôle santé publique ;

M^{me} Sophie LEFEVRE, chargée de mission prévention et promotion de la santé ;

M^{me} Joséphine TAMARIT, chef de projet prévention et parcours de santé.

M. François NEGRIER, Directeur de la délégation départementale (DD 87) ;

M^{me} Sophie GIRARD, directrice adjointe (DD 87) ;

M. Dominique FRANÇOIS (DD 19) ;

M. Patrice EMERAUD (DD 19) ;

M^{me} Valérie GODARD (DD 23) ;

M^{me} Catherine AUPETIT (DD 23) ;

M^{me} Catherine de BLOMAC, conseillère médicale (DD 24).

➤ ADAPEI 33, ESAT Pessac Magellan

M. Emmanuel DEVREESE, directeur général ADAPEI 33 ;
 M. Jérôme GAINARD, directeur de l'ESAT ;
 M^{me} Isabelle BARDE, chef de projet ADAPEI 33 ;
 M^{me} Véronique BARP RONTEIX, animatrice pour l'inclusion citoyenne et sportive ADAPEI 33.

➤ CHU Bordeaux

M^{me} Blandine GATTA-CHERIFI, chef du service d'endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition adulte, responsable du CSO Nord-Aquitaine ;
 M^{me} Maud MONSAINGEON-HENRY, médecin coordinateur du CSO, M^{me} Hélène THIBAUT, médecin coordonnateur du RéPPOP d'Aquitaine ;
 M^{me} Caroline CARRIERE, coordination prévention, épidémiologie, éducation thérapeutique du RéPPOP d'Aquitaine ;
 M^{me} Virginie VALENTIN, secrétaire générale du CHU.

➤ DRJSCS

M^{me} Marie-Noëlle DESTANDAU, chef du pôle sport, M. Olivier BOUKPETI, conseiller sport.

➤ DRAAF

M^{me} Valérie MERLE, chef de l'unité Alimentation IAA.

➤ CHU Limoges

M. Jean-Claude DESPORT, responsable du CSO et président du réseau LINUT.

➤ Université de Limoges, faculté des sciences et techniques, département STAPS

M. Stéphane MANDIGOUT, maître de conférences ; M^{me} Annick PERROCHON et M. Benoît BOREL.

➤ DRJSCS

M^{me} Anne Laure BOUNICAUD, M. Jean-Yves COUSOT, référent sport santé.

➤ IREPS

M^{me} Delphine COURALET, directrice adjointe et responsable de l'antenne Gironde,
 M^{me} Sophie BRUNO et M^{me} Céline TURCOT, chargées de projet (Bordeaux) ;
 M^{me} Martine PELLERIN (Limoges).

➤ Et

Limousin Sport Santé, M^{me} Nicole TUBIANA.

M. David COMMUNAL, directeur de l'association Prof^a APA, collègue aquitain de prévention cardio-vasculaire (CAPCV) et M. Fabrice ROBIN, médecin nutritionniste, CRRFC La Lande ;

M^{me} Adeline SCHIRMER, chargée de mission sport santé bien-être Gironde, CDOMS Gironde ;

M. Michel PIONNIER, responsable régional prévention et M^{me} Hélène FORTIN, responsable prévention Gironde, de la Mutualité française Aquitaine ;

M. Guillaume BROC, psychostatisticien au laboratoire EA4139 « psychologie santé et qualité de vie » ;

M^{me} Isabelle TECHOUEYRES, anthropologue et M^{me} Chloé FARJANEL, animatrice réseau ANDES ;

M^{me} Laetitia DARRIEUTORT, étudiante.

➤ Bordeaux Métropole

M^{me} Brigitte BEAUPONCIE, chargée de mission et M^{me} Julie LAILLIAU, pôle conseil et accompagnement de l'International Urban Food Network (IUFN) ;

M^{me} Anne DESURMONT, chef de centre trame verte sociale.

➤ Limoges

M. Émile Roger LOMBERTIE, maire ;
M. Vincent LÉONIE, adjoint au maire en charge de l'urbanisme ;
M^{me} Aurélie LECOINTRE, chef du service santé et vie sociale.

➤ Saint-Yrieix-la-Perche

M^{me} Fabienne GUICHARD, directrice du CH de Saint-Yrieix ;
Mutualité : M. Michel DUBECH, directeur général de la Mutualité française Limousin ;
M. Jean LAGNAUD, directeur du centre de l'obésité Bernard Descottes ;
M^{me} Fabienne VENTENAT, coordinatrice régionale des actions de prévention et de promotion de la santé à la Mutualité française Limousin.

➤ Brive

M. Marc BRANDY, chargé de mission nutrition-santé des services de la ville.

SIGLES UTILISÉS

ABENA :	Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire
AE :	Autorisation d'engagement
ALPC :	Aquitaine Limousin Poitou-Charentes
ANDES :	Association nationale pour le développement des épiceries solidaires
ANSES :	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSP :	Agence nationale de santé publique
AP :	Activité physique
ARPP :	Autorité de régulation professionnelle de la publicité
ARS :	Agence régionale de santé
AVIENSAN :	Alliance pour les sciences de la vie et la santé
CARSAT :	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCAS :	Centre communal d'action sociale
CCMSA :	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CETAF :	Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé
CGAAER :	Conseil général de l'agriculture, de l'alimentation et des espaces ruraux
CLAN :	Comité de liaison en alimentation et nutrition
CLS :	Contrat local de santé
CNA :	Conseil national de l'alimentation
CNAF :	Caisse nationale d'allocations familiales
CNAMTS :	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV :	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNOM :	Conseil national de l'ordre des médecins
CNSA :	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COFIL :	Comité de pilotage
CP :	Crédits de paiements
CPAM :	Caisse primaire d'assurance maladie
CPP :	Conseil paritaire de la publicité
CRS :	Comité régional de santé
CSA :	Conseil supérieur de l'audiovisuel
CSP :	Code de la santé publique
DD :	Délégation départementale
DGAL :	Direction générale de l'alimentation
DGCCRF :	Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DGCS :	Direction générale de la cohésion sociale
DGESCO :	Direction générale de l'enseignement scolaire
DGOS :	Direction générale de l'offre de soins
DJA :	Dose journalière admissible
DOM :	Département d'outre-mer
DRAAF :	Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt
DRASS :	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREAL :	Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
DRJSCS :	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
EAT :	Étude de l'alimentation totale
EHPAD :	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EI :	Édulcorants intenses
EPRUS :	Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
EREN :	Équipe de recherche en épidémiologie nutritionnelle
ESTEBAN :	Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition
ETP :	Équivalent temps plein
FIR :	Fonds d'intervention régional
FNES :	Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé
GRSP :	Groupement régional de santé publique
HAS :	Haute autorité de santé
HCSP :	Haut Comité de la santé publique (1992-2004) Haut Conseil de la santé publique (2004-)
IASO :	International association for the study of obesity
IFREMER :	Institut français de recherche pour l'exploitation de la mer
IGAS :	Inspection générale des affaires sociales
IGF :	Inspection générale des finances
IMC :	Indice de masse corporelle
INCa :	Institut national du cancer
INCA :	Etude individuelle nationale des consommations alimentaires
INCO :	Information des consommateurs sur les denrées alimentaires
INPES :	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INRA :	Institut national de la recherche agronomique
INSERM :	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS :	Institut de veille sanitaire
IREPS :	Instance régionale de promotion de la santé
IUFM :	Institut universitaire de formation des maîtres
LFSS :	Loi de financement de la sécurité sociale
MET :	Metabolic equivalent task
MILDECA :	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MMBPA :	Manger mieux, bouger plus en Aquitaine
MOOC :	Massive open online course
MSA :	Mutualité sociale agricole
NSE :	Niveau socioéconomique
OFDT :	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OFII :	Office français de l'immigration et de l'intégration
OMS :	Organisation mondiale de la santé
Oqali :	Observatoire de la qualité de l'alimentation
ORS :	Observatoire régional de la santé
P2SBE :	Plan sport santé bien-être
PES :	Parcours éducatif de santé
PNA :	Programme national pour l'alimentation
PNAI :	Plan national d'action pour l'inclusion sociale
PNAPS :	Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive
PNNS :	Plan national nutrition santé
PNSE :	Plan national santé environnement
PO :	Plan obésité

PRS :	Projet régional de santé
REP :	Réseau d'éducation prioritaire
RÉPPOP :	Réseau de prévention et prise en charge de l'obésité pédiatrique
RSI :	Régime social des indépendants
SRP :	Schéma régional de prévention
SSR :	Soins de suite et de réadaptation
TOM :	Territoire d'outre-mer
TVA :	Taxe sur la valeur ajoutée
UFC :	Union fédérale des consommateurs
VIF :	Vivons en forme

LISTES DES SCHÉMAS, GRAPHIQUES ET TABLEAUX

Schéma 1 :	Illustration de la progression de l'épidémie d'obésité et de son impact économique	15
Schéma 2 :	Découpage du PNNS 3.....	22
Schéma 3 :	Dispositif de concertation pour l'étiquetage nutritionnel.....	47
Schéma 4 :	Dispositifs d'étiquetage nutritionnel Nutri-Score et Sens	48
Schéma 5 :	Dispositifs d'étiquetage nutritionnel Nutri-Repère et Traffic Lights	48
Graphique 1 :	Évolution du nombre d'inscriptions à la fabrique à menus en période de campagne de communication en 2014	60
Graphique 2 :	Évolutions des prévalences de l'obésité et du surpoids.....	111
Tableau 1 :	Proportion d'enfants en surpoids ou obèses en REP et hors REP Académie de Lille – année scolaire 2014-2015.....	17
Tableau 2 :	Prévalence de l'obésité dans quelques États de l'OCDE en 2014, en fonction de l'origine et de la qualité des données.....	21
Tableau 3 :	Évolution du surpoids et de l'obésité en Guadeloupe et en Martinique	22
Tableau 4 :	Proportion de la population atteignant la cible de consommation quotidienne de fibres	26
Tableau 5 :	Budget du programme nutrition de l'INPES 2011-2015	37
Tableau 6 :	Répartition des actions du plan obésité selon les axes	52
Tableau 7 :	Points forts et points faibles du PO	54
Tableau 8 :	Évolution de l'audience du site mangerbouger.fr	59
Tableau 9 :	Évolution des écarts constatés entre les enfants scolarisés hors REP et en REP dans l'académie de Lille.....	64
Tableau 10 :	Produit de la taxe spéciale sur la publicité télévisée (en milliers d'euros).....	78
Tableau 11 :	Produits des taxes affectées sur les boissons sucrées et édulcorées (en millions d'euros)	79
Tableau 12 :	Prévalence de l'obésité.....	110
Tableau 13 :	Évolution des indicateurs relatifs aux enfants et aux adolescents	114
Tableau 14 :	Données ObÉpi 2012	117

BIBLIOGRAPHIE

➤ Rapports et ouvrages

Plan national nutrition santé 2011-2015.

Plan obésité 2010-2013.

Plan national nutrition santé 2011-2015 et plan obésité 2010-2013 en direction des populations d'outre-mer.

Activité physique et cancers, INCa, collection fiches repères, janvier 2012.

Adamiec C. *Devenir sain, des morales alimentaires aux écologies de soi*, Presses Universitaires de Rennes, Presses universitaires François Rabelais, 2016.

Alcool et cancers, INCa, collection fiches repères, 20 janvier 2011.

Amson A, Bas-Théron F. La prévention sanitaire par une bonne hygiène nutritionnelle, Rapport n°2003-038, IGAS, mars 2003.

Assouly O. *Les nourritures divines, essai sur les interdits alimentaires*, Actes Sud, Arles, 2002.

Avis et rapport de l'ANSES relatifs à l'actualisation des repères du PNNS : révision des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité, février 2016.

Basdevant A. *Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique dans le cadre de la stratégie nationale de santé, partie 2 : Prise en charge des maladies liées à la nutrition*, Pr A Basdevant, Uni P et M Curie, 15 novembre 2013.

Basdevant A. *Rapport final du plan obésité 2010-2013*, 25 mai 2013.

Berthod-Wurmser M, Hespel V. *Rapport sur la pertinence et la faisabilité d'une taxation nutritionnelle*, IGAS, N°RM2008-073, IGF, N°2008-M-002-01, juillet 2008 ; <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000613.pdf>.

Bourdillon F, Cano N, Delarue J et Turck D. *Propositions pour le PNNS 2011-2015 des sociétés savantes et d'experts en nutrition*, automne 2010.

Chauliac M. *Actualités de la politique nutritionnelle en France : aspects règlementaires*, DGS, *High level group on nutrition and physical activity*, Bruxelles, avril 2016.

Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI), OMS 2009-2010.

Contrat d'objectifs et de performance 2012-2014 de l'INPES, 30 janvier 2012.

Danne (de) A, *Rapport au Président de la République de la Commission pour la prévention et la prise en charge de l'obésité*, Documentation française, décembre 2009.

Dépistage des troubles nutritionnels, fiche descriptive HAS, 10 juillet 2008.

Discours de Monsieur Lionel Jospin, Premier ministre, lors de la clôture des états généraux de l'alimentation, Grande Arche de La Défense 13 décembre 2000.

Dobbs R, et al. *Overcoming obesity : an initial economic analysis*, McKinsey global institute, novembre 2014, 120p.

<http://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/how-the-world-could-better-fight-obesity>

Ending childhood obesity, World Health Organization, 2016, 50 p.

Ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinées aux enfants, OMS, 2010 ; <http://apps.who.int/iris/...pdf>

Étude d'impact des chartes d'engagement volontaires de progrès nutritionnel sur les volumes de nutriments mis sur le marché, chiffres Oqali, INRA, ANSES, édition 2013

Étude nationale nutrition santé 2006, INVS, 12 décembre 2007.

EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020, 24 février 2014.

http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf

Fonds d'intervention régional – rapport d'activité 2014, SGMAS, octobre 2015.

Friant-Perrot M, Garde A. *L'impact du marketing sur les préférences alimentaires des enfants*, Rapport pour l'INPES), 2014 ; <http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/marketing-alimentaire-des-enfants.pdf>

Global database on body mass index, WHO, <http://apps.who.int/bmi/>

Global Nutrition Report 2014: Actions and Accountability to Accelerate the World's Progress on Nutrition, UN.

Hercberg S, et al. *Rapport Sel : Évaluation et recommandations*, AFSSA, janvier 2002.

Hercberg S. Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique dans le cadre de la stratégie nationale de santé, partie 1 : Mesures concernant la prévention nutritionnelle, Paris XIII, 15 novembre 2013.

Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique, expertise collective, INSERM, avril 2014 ; inserm.fr/inegalites-sociales-de-sante-en-lien-avec-l-alimentation-et-l-activite-physique-une-expertise-collective-de-l-inserm.

Jourdain-Menninger D, Lecoq G, Guedj J, Boutet P, Danel JB, Mathieu G. *Évaluation du programme national nutrition santé PNNS2 2006-2010*, IGAS & CGAAER, Paris, avril 2010.

L'innovation et l'utilisation des technologies de l'information dans les entreprises agroalimentaires, Les Dossiers, Agreste, n° 31, Janvier 2016.

L'obésité et l'économie de la prévention, indicateurs clés pour la France, OCDE, mise à jour 2014.

La prévention primaire des cancers en France, INCa, collection fiches repères, juin 2015.

La prévention sanitaire, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, Cour des comptes, octobre 2011.

La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge, DREES, *Études & résultats*, N°920, juin 2015. Le programme national pour l'alimentation, Rapport au parlement, DGAL, juillet 2013.

Lang T et al. *Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, HCSP, Documentation française, décembre 2009.

Les comportements alimentaires, Quels en sont les déterminants ? Quelles actions, pour quels effets ?, Synthèse de l'expertise collective, INRA, juin 2010, 64 p.

Marketing of foods high in fat, salt and sugar to children : update 2012-2013, WHO regional office for Europe, 2013; http://www.euro.who.int/Marketing_of_foods.pdf

Médicosport Santé, le dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives, Commission médicale du CNOSF, décembre 2015.

Mission d'expertise et d'appui du programme national pour l'alimentation (PNA), Rapport n°12150, Conseil général de l'agriculture, de l'alimentation et des espaces ruraux, décembre 2013.

Moleux M, Schaezel F, Scotton C. *Les inégalités sociales de santé - Déterminants sociaux et modèles d'action*, IGAS, 2011.

Moulin JJ, Gueguen R. Le score Epices : l'indicateur de précarité des centres d'examen de santé de l'Assurance maladie, rapport d'étude, CNAMTS, janvier 2005.

Nutrition et prévention primaire des cancers, actualisation des données, INCa, collection fiches repères, juin 2015.

ObÉpi 2012, enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité, INSERM-KANTAR HEALTH-ROCHE.

OBESITY Update, OCDE juin 2014. <http://www.oecd.org/health/Obesity-Update-2014.pdf>

Païta M, Rivière S, Tala S, Fagot-Campagna A. Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée en 2014 et les évolutions depuis 2005, *CNAMTS – Points de repère*, juin 2016, N°46, 17 p.

Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020, OMS, bureau régional de l'Europe, 2014 ; http://www.euro.who.int/...FoodNutAP_140426.pdf

Potvin L, Moquet MJ, Jones C. Réduire *les inégalités sociales en santé*, INPES, 2010, 380 p.
Pour un débat citoyen sur la santé plus actif, DGS-Planète publique, juillet 2011.

PROFEDUS, formation des enseignants en éducation à la santé, IUFM d'Auvergne, conférence des directeurs d'IUFM, INPES 1ère édition, août 2010.

Programme de qualité et d'efficacité « maladie », PLFSS 2016.

Rapport d'application de la charte visant à promouvoir une alimentation et une activité physique favorable à la santé dans les programmes et les publicités diffusés à la télévision, Conseil supérieur de l'audiovisuel, 2015 ; <http://www.csa.fr/.../Rapport-d-application-de-la-charte... Exercice-2014>

Rapport d'information sur la taxation des produits agroalimentaires, V Louwagie et R Hammadi Assemblée nationale, N°3868, 22 juin 2016 ; <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i3868.pdf>.

Rapport d'information, au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales, sur la « fiscalité comportementale », Sénat, n°399, février 2014.

Renaud L, Lafontaine G. Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique, Réseau francophone international pour la promotion de la santé, *Collection Partage*, Québec, avril 2011, 40 p.

Richard L, Barthélémy L, Tremblay M-C, Pin S, Gauvin L. dir. *Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique*, Guide d'aide à l'action franco-québécois, Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2013, 112 p.

Santé de l'enfant et de l'adolescent, Dr I. Bohl, ONM, 20/10/2011.

Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, OMS, mai 2004.

Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours, Synthèse des recommandations de bonne pratique, HAS, septembre 2011.

Surpoids, obésité et risque de cancers, INCa, collection fiches repères, janvier 2013.

► Articles scientifiques

Birch L, et al. Behavioral and social influences on food choice, *Nutrition reviews*, may 1998, vol. 56, No. 5, pp.50-64.

Bonsergent E, Agrinier N, Thilly N, Tessier S, Legrand K, Lecomte E, Aptel E, Hercberg S, Collin JF, Briançon S. Overweight and obesity prevention for adolescents : a cluster randomized controlled trial in a school setting, *Am J PrevMed*, 2013, 44(1), p. 30-39.

Bourdillon F. La nutrition : des constats à la decision politique, adsp, n°87, juin 2014.

Cairns G, Angus K, Hastings G, Caraher M. Systematic reviews of the evidence on the nature, extent and effects of food marketing to children. A retrospective summary, *Appetite*, 2013, No. 62, pp.209-215.

Chandon P, André Q. Les effets du marketing sur les comportements alimentaires, *Cahiers de nutrition et diététique*, 2015, n° 50, p. 6S73.

Chardon O, Guignon N, Saint Pol (de) T et al. La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge, *DREES - Études & résultats*, N°920, juin 2015.

Corsenac P, Roth A, Rouchon B, Hoy D. Prévalences du surpoids et de l'obésité chez l'adulte en Nouvelle-Calédonie : résultats du Baromètre santé 2010. *Bull. Épidémiologique Hebdomadaire*, avril 2015, N° 11-12.

Franck C, Grandi S. M, Eisenberg M. J. Taxing junk food to counter obesity, *American journal of public health*, novembre 2013, Vol. 103, No. 11, p. 1949-1953;
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3828689/pdf/AJPH.2013.301279.pdf>

Gurviez P. Nutrition et santé : la communication des entreprises auprès des consommateurs, *Cahiers de nutrition et diététique*, 2016, N°51, p.24.

Hastings G, *Why corporate power is a public health priority*, BMJ 2012 ; 345 : e5124, august 2012.

Humphreys G, Flankan-Bokonga C. Europe : l'épidémie visible de surpoids chez les jeunes, Bulletin de l'OMS, 2013 n°91 p 549-550.

Kickbush I, Commercial Determinants of Health, 8 mai 2014; <http://euro.who.int/en/media-centre/events/events/2016/07/high-level-conference-on-working-together-for-better-health-and-well-being>

Lahlou S. Peut-on changer les comportements alimentaires ? *Cahiers de nutrition et de diététique*, 2005, 40 (2), pp. 91-96.

Loring B, Robertson A. *Obesity and inequities, guidance for addressing inequities in overweight and obesity*, Organisation mondiale de la santé, bureau régional de l'Europe, 2014, 40 pages.

Maire B. Que savons-nous de l'alimentation des migrants ? IRD, *Lettre de l'Institut français pour la nutrition*, octobre 2008, n°129.

Mou Y. *Alimentation et corpulence en Polynésie française*, Direction de la Santé, Polynésie française, N Cerf et F Beck, INPES, 2009

Richard L, Barthélémy L, Tremblay M-C, Pin S, Gauvin L. *Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique*, Guide d'aide à l'action franco-québécois, Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2013, 112 p.

Saint Pol (de) T. L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent, *INSEE Première*, n° 1123, février 2007.

Schaaf C, Iannelli A, Gugenheim J. État actuel de la chirurgie bariatrique en France, *in e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie*, 2015, 14 (2) : 104-107.

Simon C, Schweitzer B, Oujaa M, Wagner A, Arveiler D, Tribby E, et al. Successful overweight prevention in adolescents by increasing physical activity : a 4-year randomized controlled intervention, *International Journal of Obesity*, 2008, vol. 32, n No. 10: p. 1489-1498.

➤ Sites

www.mangerbouger.fr

www.evaluation-nutrition.fr

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/>

<http://www.vivons-en-forme.org/>

<https://www.oqali.fr/>

<https://www.anses.fr/fr>

<http://www.invs.sante.fr/>

<http://alimentation-sante.org/> (Site du FFAS – Fonds français pour l'alimentation & la santé)

<http://www.onaps.fr/>

<http://fr.unesco.org...>

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000613.pdf>

<http://www.reperes-alcool.com/>

<http://portal.euro.who.int/en/data-sources/health-2020-indicators/>

<http://www.uconnruddcenter.org/background>

ANNEXES

ANNEXE 1 : AUTRES DÉFINITIONS DE LA NUTRITION

✓ Définition de l’OMS :

La nutrition c’est l’apport alimentaire répondant aux besoins de l’organisme. Une bonne nutrition – c’est-à-dire un régime adapté et équilibré – et la pratique régulière d’exercice physique sont autant de gages de bonne santé.

✓ Définition du Robert :

Ensemble des processus par lesquels un organisme vivant utilise les aliments pour assurer le fonctionnement des fonctions vitales et la production d’énergie

✓ Définition du Larousse

1. Introduction dans l'organisme, et utilisation par celui-ci, des matériaux plastiques et énergétiques (aliments, gaz respiratoires, etc.) qui lui sont nécessaires.
2. Ensemble des processus d'assimilation et de dégradation des aliments qui ont lieu dans un organisme, lui permettant d'assurer ses fonctions essentielles et de croître.
3. Science appliquée, au carrefour de plusieurs disciplines scientifiques (biologie, médecine, psychologie), qui permet de comprendre le fonctionnement du corps humain et de proposer des recommandations alimentaires ou médicales visant à maintenir celui-ci en bonne santé.

ANNEXE 2 : LE PNNS DANS LE CODE DE LA SANTÉ

Le programme national nutrition santé a été introduit dans le code de la santé publique en juillet 2010.

Cependant, un premier article relatif à la prévention du surpoids et de l'obésité a été créé par la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. L'article 112 de la loi dispose :

Après l'article L. 3223-3 du code de la santé publique, il est inséré un livre II bis ainsi rédigé :

« LIVRE II BIS
« LUTTE CONTRE LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE
« TITRE UNIQUE
« PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ ET DU SURPOIDS
« Chapitre unique

« Art. L. 3231-1.-La prévention de l'obésité et du surpoids est une priorité de la politique de santé publique.
« Art. L. 3231-2.-L'État organise et coordonne la prévention, le traitement et la lutte contre l'obésité et le surpoids.
« Art. L. 3231-3.-Les campagnes d'information menées dans le cadre de la prévention de l'obésité et du surpoids sont validées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
« Art. L. 3231-4.-Ces campagnes doivent également porter sur l'acceptation des personnes obèses ou en surpoids et la lutte contre les discriminations qui leur sont faites. »

Le programme national nutrition santé a été introduit dans le code de la santé publique par la Loi n° 2010-874 du 27 juillet 2010 de modernisation de l'agriculture et de la pêche. L'article 1 –III de la loi dispose :

Le titre unique du livre II bis de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Nutrition et santé » ;
2° Le chapitre unique devient le chapitre II et les articles L. 3231-1 à L. 3231-4 deviennent les articles L. 3232-1 à L. 3232-4 ;
3° Avant le chapitre II, dans sa rédaction résultant du 2° du présent III, il est ajouté un chapitre Ier ainsi rédigé :

« Chapitre Ier
« Dispositions générales

« Art. L. 3231-1.-Un programme national relatif à la nutrition et à la santé est élaboré tous les cinq ans par le Gouvernement.
« Ce programme définit les objectifs de la politique nutritionnelle du Gouvernement et prévoit les actions à mettre en œuvre afin de favoriser :
« — l'éducation, l'information et l'orientation de la population, notamment par le biais de recommandations en matière nutritionnelle, y compris portant sur l'activité physique ;
« — la création d'un environnement favorable au respect des recommandations nutritionnelles ;
« — la prévention, le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels dans le système de santé ;
« — la mise en place d'un système de surveillance de l'état nutritionnel de la population et de ses déterminants ;
« — le développement de la formation et de la recherche en nutrition humaine.
« Les actions arrêtées dans le domaine de l'alimentation sont également inscrites dans le programme national pour l'alimentation défini à l'article L. 230-1 du code rural et de la pêche maritime. »

L'article du code de la santé publique relatif au PNNS a été modifié par la Loi n° 2014-1170 du 13 octobre 2014 d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt. L'article 39-V est venu changer la référence de l'article du code rural et de la pêche maritime.

V. - Au dernier alinéa de l'article L. 3231-1 du code de la santé publique, la référence : « à l'article L. 230-1 » est remplacée par la référence : « au III de l'article L. 1 ».

ANNEXE 3 : SITUATION DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ EN FRANCE

➤ RÉFÉRENCES

- DREES : santé des élèves de CM2 en 2007-2008 (sept 2013) ;
- DREES : santé des adolescents en 3^e en 2009 (février 2014) ;
- DREES : santé des enfants de grande maternelle en 2013 (juin 2015) ;
- INVS : étude obésité en Nouvelle-Calédonie ;
- INSERM et *al.* : OBépi 2012 enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité en France ;
- OCDE : obésité et économie de la prévention – mise à jour de 2014 (mai 2014) ;
- OMS : base de données globale sur l'IMC.

➤ SYNTHÈSE :

Les taux d'obésité et de surpoids en France sont parmi les plus bas de l'OCDE, mais ils ont augmenté de façon régulière, quoique de façon moins dynamique sur la période récente.

Cependant, il existe d'importantes disparités :

- Socioéconomiques ;
- Entre genres (hommes-femmes ; garçons-filles) ;
- Géographiques : notamment pour les DOM dont l'évolution est plus proche du contexte régional que de celle de la métropole.

➤ I. SITUATION EN REGARD DES PAYS COMPARABLES :

Les données disponibles pour les comparaisons internationales proviennent principalement de l'OCDE (Obesity update 2014) et dans une moindre mesure de l'OMS dont la base de données ne permet pas d'apprécier l'origine ni la date des statistiques mises à disposition.

Le tableau infra met néanmoins en regard ces deux sources, ne serait-ce que parce que les données relatives à la France font partie de celles qui présentent le plus fort écart entre les deux institutions.

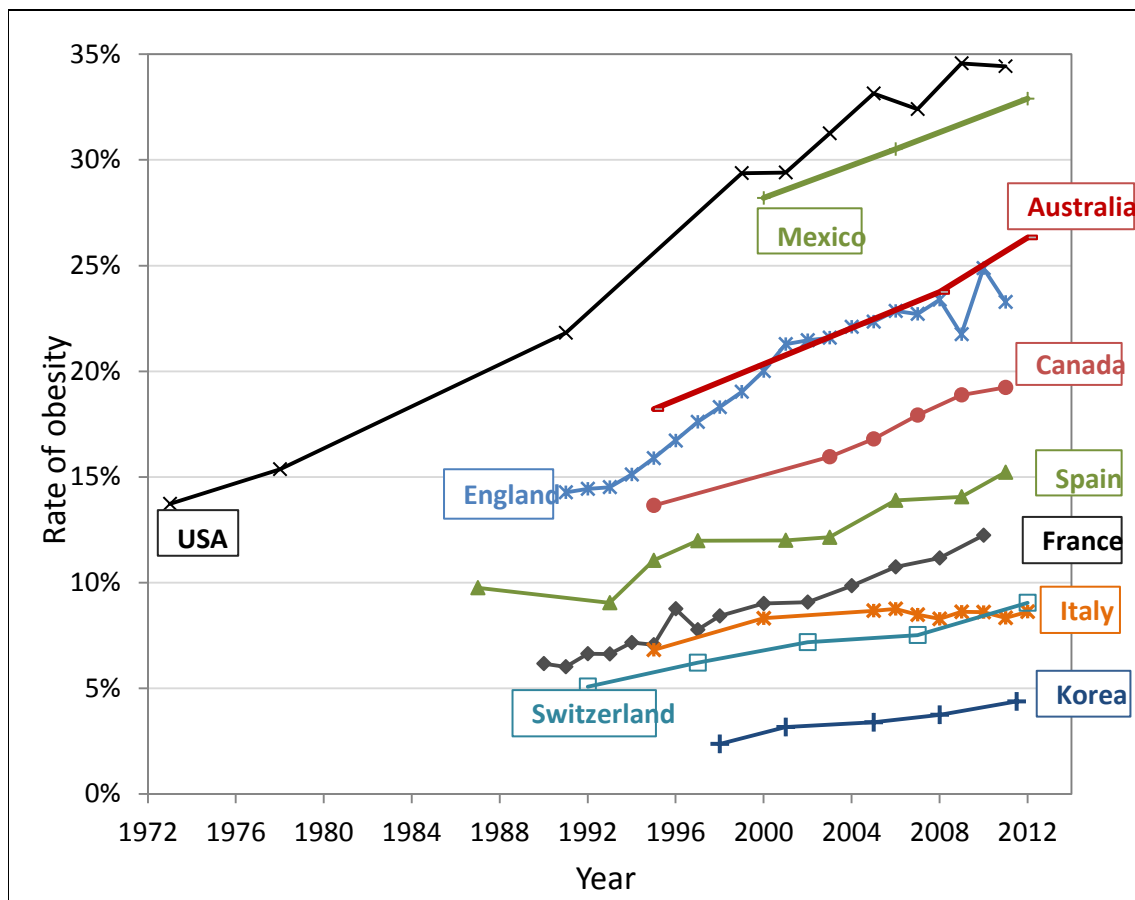
Par ailleurs, l'OCDE présente l'intérêt de pouvoir comparer les données qui résultent d'enquêtes réalisées sur une base auto-déclarative (comme en France) avec celles qui résultent de mesures effectives des poids et tailles. Lorsque ces deux approches coexistent, un écart relativement important peut être observé. Une assez grande prudence doit donc être de mise en regard des données lorsqu'elles ne sont que déclaratives, car une sous-estimation peut être suspectée.

Tableau 12 : Prévalence de l'obésité

	OMS	OCDE			
		FEMMES	HOMMES	FEMMES	HOMMES
		déclaré		mesuré	
SUISSE	8,2	7,7	8,1		
NORVEGE	10	8	10		
Italie	9,8	9,4	10		
SUEDE	12	10,5	11		
PAYS BAS	10	12,6	11,4		
Autriche	11	12,7	12,4		
France	16,9	13,4	12,9		
DANEMARK	11,4	13,1	13,4		
Belgique	10,8	14,4	13,8		
Allemagne	12,9	13,8	14,7		
OCDE		14,8	15		
Irlande	13	13	15	24	22
FINLANDE	15,7	21,1	19,3		
Espagne	15,6	15,6	16,6		
CANADA	23,1	16,3	17,7	24,6	26,2
AUSTRALIE	16,4	20,3	21,3	28,2	28,4
ROYAUME UNI	22,7	NC	NC	25,9	23,6
USA	33,9	27,9	28,5	36,8	36,1
POLYNESIE FR	40,9				

Source : OCDE - Évolution des prévalences de l'obésité chez les adultes, projections et estimations récentes –« OBESITY UPDATE 2014 »

Graphique 2 : Évolutions des prévalences de l'obésité et du surpoids



Source : Estimations de l'OCDE basées sur des enquêtes nationales de santé.

Note : Données de poids et de taille mesurées en Australie, Angleterre, Corée, États-Unis et Mexique ; auto-déclarées dans les autres pays.

- ✓ Selon le panorama de l'obésité réalisé par l'OCDE et actualisé en 2014 (« Obesity update 2014 ») l'épidémie d'obésité se poursuit, mais à un rythme moins soutenu :
 - Plus de la moitié de la population et un enfant sur cinq des pays de l'OCDE sont en surcharge pondérale (surpoids + obésité) ; 18 % de la population adulte est obèse ;
 - Il existe des variations proches de 1 à 10 entre ces pays (cf. Corée vs USA) ;
 - Sur les cinq dernières années, le phénomène de la surcharge pondérale s'est étendu, mais la dynamique de sa progression à l'intérieur des pays a été plus faible que par le passé : relativement stable ou en faible progression (Canada, UK, Italie, Corée, Espagne, USA) ; mais croissance encore supérieure à 2-3 % (Australie, France, Mexique, Suisse) ; et aucun pays de l'OCDE n'a connu d'inversion de tendance (*i.e.* de recul) de l'obésité ;
 - La France a été le seul pays de l'OCDE où la progression de la surcharge pondérale a été supérieure à la projection établie pour 2010 ;
 - Plus de 30 % des garçons de 3-17 ans sont en surcharge pondérale (y inclus obésité) en Grèce, Italie, Slovaquie et USA (*idem* pour les filles sauf pour la Slovaquie) ;
 - L'obésité sévère réduit de 8 à 10 ans l'espérance de vie (*idem* tabagisme) ;
 - L'obésité représente de 1 à 3 % des dépenses totales de santé dans la plupart des pays (de 5 à 10 % aux USA) ; ces coûts devraient rapidement croître à la mesure des effets de l'épidémie d'obésité ;

- Les disparités sociales de l'obésité persistent et se sont même accrues dans certains pays ; elles sont souvent plus déterminantes pour les femmes ; généralement, l'augmentation de l'obésité a été plus rapide pour les catégories socioprofessionnelles les plus défavorisées, mais cette différence ne se distingue plus clairement dans les pays qui connaissent les plus forts taux d'obésité (Mexique et USA) ;
- La crise économique de 2008-2009 a sans doute joué un rôle dans cette progression ; au Royaume-Uni pendant cette période, les dépenses de nourriture des foyers ont décliné de 8,5 % en termes réels et se sont davantage portées sur les aliments plus riches en calories : ainsi, pour 100 grammes consommés, a été observée une augmentation de 0,08 g de graisse saturée, 0,27 g de sucre et 0,11 g de protéine ; un phénomène identique avait été observé en Asie pendant la crise des années 90 avec une orientation des dépenses vers les aliments au prix par calorie moins élevé ; la consommation de fruits et légumes a été inversement proportionnelle au taux de chômage aux USA en 2007-2009 ; des études réalisées en Australie et aux USA ont montré que le risque de devenir obèse croît de 20 % pour la population en situation de détresse financière et porte sur tous les membres du foyer, enfants inclus ; le chômage a également un retentissement négatif sur l'activité physique.
 - ✓ L'OCDE a également commencé à analyser les effets des diverses politiques mises en œuvre :
- Incitations financières en regard d'objectifs de santé et de bien-être (quelques États des USA ont étendu la couverture de Medicaid en regard du « *Affordable care act* » et introduit des restes à charge qui peuvent être annulés si les bénéficiaires respectent des objectifs de santé) ;
- Le Japon a réalisé depuis 2008 des campagnes de dépistage du syndrome métabolique ;
- Plusieurs pays ont misé sur des actions visant de multiples parties prenantes : UK en 2011 avec le « *Public health responsibility deal* » (le gouvernement définit des objectifs et des priorités et les firmes s'engagent volontairement pour y contribuer) ; aux USA, la campagne « *Drink up for a healthier America* » initiée en 2013 par la First Lady et associant de multiples partenaires industriels et de la société civile semble commencer à porter ses fruits avec une augmentation de la consommation d'eau de boisson ;
- Le Mexique a adopté l'un des programmes les plus complets : la stratégie nationale pour la prévention et le contrôle du surpoids, de l'obésité et du diabète initiée en 2013. Celle-ci couvre trois axes : surveillance médicale et santé publique ; soins médicaux pour les patients chroniques ; mesures fiscales et réglementaires. La première phase de la stratégie consiste en une campagne médiatique sensibilisant le grand public à l'obésité et aux maladies chroniques associées ; dans le même temps, les nouvelles technologies et des incitations non financières ont visé les praticiens afin d'augmenter le recours et l'observance des patients en regard du diabète, de l'hypertension et des autres pathologies chroniques concernées ; le cadre réglementaire a été renforcé s'agissant de la publicité en direction des jeunes, l'étiquetage des denrées alimentaires transformées, la disponibilité des aliments à l'école et la taxation de l'alimentation malsaine. Le Mexique a également instauré une taxe de 8 % sur les aliments excédant 275 Kcal / 100 g et d'1 peso (0,06 €) / litre de boisson sucrée ; malgré l'opposition des industriels cette taxe a été bien acceptée par la population grâce à une campagne médiatique préalable. Enfin, la stratégie inclut de nouvelles dispositions pour l'emballage et l'étiquetage : les informations nutritionnelles standardisées doivent être visibles, l'étiquetage obligatoire porte sur l'énergie par paquet, par ration et par nutriment et sur la ration journalière de calories recommandée.
 - ✓ Enfin, l'OCDE a évalué certaines mesures emblématiques de ces politiques :
- Les taxes sur les aliments et les boissons : le Mexique a suivi l'exemple de pays de l'OCDE qui ont introduit ce type de taxe en 2011-2012 (Danemark, Finlande, France, Hongrie). L'évaluation pour la Hongrie a montré une hausse des prix de 29 % et une chute des ventes de 27 % ; 40 % des producteurs ont modifié leurs produits pour réduire ou éliminer les ingrédients visés par la taxe ; au bout de la première année, 95 % des

revenus espérés de la taxe étaient réalisés. La taxe sur les graisses saturées instaurée au Danemark en octobre 2011 a réduit de 10 à 15 % la consommation des produits visés et son rendement financier d'environ 96 % des prévisions ; mais elle a été abolie en novembre 2012 en pleine controverse politique et sous l'effet des lobbies. En France, cinq mois après son instauration, l'impact de la taxe sur le prix au consommateur variait de 60 % sur les boissons fruitées à 100 % sur les boissons gazeuses ; les prévisions, qui avaient légèrement surestimé l'impact de la taxe sur les prix, tablaient sur une réduction de la consommation de l'ordre de 3,4 litres par personne et par an. En 2012, le ministère irlandais de la santé a estimé qu'une taxe de 10 % sur les boissons sucrées réduirait la consommation de 2,1 calories / semaine en moyenne (et sans doute davantage pour les jeunes) et se traduirait par une réduction de 10 000 cas d'obésité à l'âge adulte ; en 2014, le ministère a proposé d'instaurer une taxe de 20 %, laquelle n'a pas été adoptée pour le moment.

- L'étiquetage des produits alimentaires : les législations sur ce sujet ont été mises en œuvre dans nombre de pays de l'OCDE. Les règles communautaires adoptées en 2011 (règlement 1169/2011) s'appliquent à partir de 2016 ; la partie obligatoire porte sur l'énergie, la graisse, la graisse saturée, les glucides, les sucres, les protéines, le sel, et les repères nutritionnels journaliers (RNJ) ; bien que la question de l'étiquetage sur le devant du paquet ait été discutée, ceci reste volontaire. En 2013, le Royaume Uni a lancé sur une base volontaire l'adoption d'un étiquetage qui combine avec les mentions obligatoires une signalisation du type vert-orange-rouge, laquelle a été critiquée par certains États membres comme risquant de discriminer certains produits. Le Chili a adopté en juillet 2012 une loi sur la publicité et l'étiquetage alimentaire : mentions faciles à comprendre avec des messages spécifiques sur les nutriments critiques, avertissements visibles portés sur l'emballage pour les produits riches en sucre, en sel, en graisse. La plupart des évaluations portent sur différentes options : feux de circulation, RNJ, étiquetage au dos ou sur le devant du paquet, signalisation sur les rayons en magasin ; elles mettent en lumière que ces réglementations provoquent la redéfinition des produits (réduction du gras et du salé, augmentation des fibres) ; l'étiquetage est bien compris des consommateurs, mais ne constitue pas toujours le déterminant majeur de leur décision d'achat (prix, habitude, goût, aspect pratique comptent aussi) ; la campagne menée à Singapour (« Healthier choice symbol program ») a conduit à une modification globale de la diète alimentaire.
- Les restrictions sur la publicité : depuis 2011, nombre de pays de l'OCDE ont introduit des mesures visant à restreindre ou interdire la publicité sur la radio et la TV pour les aliments et les boissons potentiellement néfastes pour la santé des enfants, principalement lorsqu'ils composent une part importante de l'audience (au Mexique : de 14h30 à 19h30 en semaine, et de 07h à 19h30 le week end). La loi en Islande interdit la publicité adressée aux jeunes de moins de 12 ans. Au Chili, la loi couvre non seulement les médias, mais encore la publicité sur les points de vente, la promotion commerciale et le milieu scolaire.

➤ **II. SURCHARGE PONDÉRALE CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS :**

Les taux de surpoids et obésité infantiles sont relativement bas en France, comparé aux autres pays de l'OCDE. Les données internationales collectées par l'IASO (International Association for the Study of Obesity) montrent que 15 % des enfants en moyenne sont en surpoids ou obèses en France, comparé à 23 % des garçons et 21 % des filles en moyenne dans les pays de l'OCDE.

En revanche, si la proportion d'enfants en surcharge pondérale jusqu'en CM2 a reculé depuis le début des années 2000, elle continue de progresser pour les adolescents en 3^{ème}. L'obésité reste globalement stable sur la période à environ 4 % dans toutes les classes d'âge.

Tableau 13 : Évolution des indicateurs relatifs aux enfants et aux adolescents

	ANNEE ENQUETE	SURCHARGE PONDERALE (a+b)	SURPOIDS (a)	OBESITE (b)
ENFANTS DE GRANDE SECTION DE MATERNELLE	1999-2000	14,3	10,4	3,9
	2005-2006	12,4	9,2	3,2
	2012-2013	11,9	8,4	3,5
<i>cadres, professions intellectuelles sup</i>	2006	8,7	7,4	1,3
	2013	7,2	5,9	1,3
<i>ouvriers</i>	2006	15,6	11,2	5,4
	2013	15,6	9,8	5,8
<i>enfants en éducation prioritaire (ZEP)</i>	2012-2013	16,2	10,5	5,7

ELEVES DE CM2	2001-2002	20,3	16,1	4,2
	2004-2005	20,1	16,4	3,7
	2007-2008	18,9	14,9	4
<i>cadres, professions intellectuelles sup</i>	2007- 2008	10,4	9,6	0,8
<i>ouvriers</i>		31,5	24,5	7
<i>enfants en éducation prioritaire (ZEP)</i>		32,9	25,9	7

ELEVES DE 3°	2000-2001	16,4	12,9	3,5
	2003-2004	17,4	13	4,4
	2008-2009	17,6	13,7	3,9
<i>cadres, professions intellectuelles sup</i>	2008- 2009	14,8	12,5	2,3
<i>ouvriers</i>		28,7	22,2	6,5
<i>enfants en éducation prioritaire (ZEP)</i>		29,6	23,2	6,4

Source : DREES

- ✓ Les disparités sociales restent fortes :
 - si un enfant d'ouvrier a de 2 fois (maternelle et 3°) à 3 fois (CM2) plus de chances d'être en surcharge pondérale que les enfants de cadres, ce ratio est porté, s'agissant de l'obésité, de 4 à 10 pendant l'enfance, pour revenir à près de 3 en 3°.
 - Mais il convient de signaler qu'à l'adolescence ce resserrement des différences sociale est lié à une augmentation de l'obésité chez les enfants de cadres (passage de 0,8 à 2,3 %), alors qu'elle ne connaît qu'un léger tassement chez les enfants d'ouvriers (passage de 7 à 6,5 %).
 - Les enfants de maternelle scolarisés en ZEP connaissent la plus forte proportion de surcharge pondérale (16,2 %) et leur taux d'obésité est quasi identique à celui des enfants d'ouvriers (5,7 %). Ceci se perpétue jusqu'en 3° inclus.
- ✓ Existente aussi des disparités géographiques :
 - Le pourcentage d'adolescents en surcharge pondérale est plus élevé dans les régions méditerranéennes, de l'Est et du Nord ;
 - L'Ouest, le Centre-Est et le Sud-ouest sont les régions les plus épargnées.

- ✓ Les disparités initiales entre genres s'atténuent à l'adolescence :
 - En grande maternelle, les filles sont plus souvent en surcharge pondérale que les garçons (14 % vs 10 %) ; idem pour l'obésité (4 % vs. 3 %) ;
 - Cet écart s'atténue ensuite : en 3^e les pourcentages sont comparables dans les deux cas pour les garçons et les filles.
- III. SURCHARGE PONDÉRALE CHEZ LES ADULTES :

La situation du surpoids et de l'obésité en France est connue au moyen de l'étude triennale « ObÉpi » (Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité) réalisée par l'INSERM-KANTAR HEALTH (SOFRES)-ROCHE dont la dernière livraison a été réalisée en 2012.

Cette enquête est réalisée sur la base d'un questionnaire adressé à 20 000 foyers représentant les ménages ordinaires français issus de la base KANTAR-HEALTH (SOFRES). En 2012, 73,5 % des foyers ont retourné leur questionnaire, soit 25 714 individus de plus de 18 ans.

Les principaux résultats de l'enquête Obépi 2012 :

- ✓ Données générales et évolution
 - En 2012, 32,3 % des Français adultes de 18 ans et plus sont en surpoids ($25 \leq \text{IMC} < 30$ kg/m²) et 15 % présentent une obésité ($\text{IMC} \geq 30$ kg/m²).
 - Le poids moyen de la population française a augmenté, en moyenne, de 3,6 kg en 15 ans alors que la taille moyenne a augmenté de 0,7 cm.
 - Le tour de taille de la population augmente, passant de 85,2 cm en 1997 à 90,5 cm en 2012, soit +5,3 cm au total en 15 ans.
 - La prévalence de l'obésité était de 14,5 % en 2009, elle est de 15 % en 2012. Cette différence n'est pas statistiquement significative, elle correspond à une augmentation relative de 3,4 % du nombre de personnes obèses au cours des trois dernières années. Elle est significativement inférieure aux années précédentes : +18,8 % entre 1997-2000, +17,8 % entre 2000-2003, +10,1 % entre 2003-2006 et +10,7 % entre 2006-2009.
 - Le nombre de personnes obèses en 2012 est estimé à environ 6 922 000, ce qui correspond à 3 356 000 personnes supplémentaires par rapport au chiffre de 1997.
 - L'IMC moyen passe de 24,3 kg/m² en 1997 à 25,4 kg/m² en 2012 ($p < 0.05$) : augmentation moyenne de l'IMC de 1,1 kg/m² en 15 ans.
 - Depuis 2000, le taux de sujets présentant un tour de taille supérieure au seuil NCEP est passé de 25,3 % à 35,5 % en 2012.
- ✓ Disparités par genre
 - En 2012, comme depuis 2003, la prévalence de l'obésité est plus élevée chez les femmes (15,7 % *versus* hommes : 14,3 %). L'augmentation depuis 15 ans est plus nette chez les femmes notamment chez les 18-25 ans.
 - Chez les hommes comme chez les femmes, la prévalence de l'obésité augmente avec l'âge. Avant 55 ans, l'obésité féminine est plus importante que l'obésité masculine et cette tendance s'estompe ensuite, les courbes des deux sexes se superposant passé l'âge de la ménopause.
- ✓ Disparités sociales
 - Il persiste un très net gradient social de l'obésité mais les différences de prévalence entre les catégories socioprofessionnelles n'ont pas subi d'évolution majeure.
 - La prévalence de l'obésité augmente avec l'appréciation des difficultés financières. Le taux d'obésité est en-dessous de la moyenne nationale chez les individus se déclarant « à l'aise », passe à 30 % chez les individus disant « ne pas y arriver sans faire de dettes ». A l'instar de l'obésité, le tour de taille des individus augmente avec les difficultés financières.

✓ Disparités liées à l'âge

- La prévalence de l'obésité diminue avec l'âge à partir de 65 ans, elle est de 21,8 % chez les 65-69 ans et de 16 % chez les 80 ans et plus. Cette diminution est plus marquée chez les hommes (réduction de 9 points) que chez les femmes (réduction de 3 points).
- Plus les générations sont récentes et plus le taux d'obésité de 10 % est atteint précocement. Autrement dit, la génération née entre 1980 et 1986 atteint 10 % d'obésité vers 28 ans alors que la génération née 20 ans plus tôt atteint 10 % d'obésité vers 41 ans.
- 19 % des hommes et 18,4 % des femmes de 65 ans et plus présentent un IMC supérieur au seuil défini pour l'obésité chez l'adulte.
- Les régions où les prévalences de l'obésité sont les plus élevées chez les 65 ans et plus sont l'Alsace : 31,4 % et la Picardie : 30,9 %.

✓ Disparités géographiques

- La prévalence de l'obésité reste inversement proportionnelle à la taille de l'agglomération.
- En 2012, 4 régions (INSEE) affichent des taux de prévalence élevés : le Nord-Pas de Calais est la région la plus touchée avec 21,3 % (soit une prévalence près de 40 % plus élevée que la moyenne) ; la Champagne-Ardenne, la Picardie et la Haute Normandie avec des prévalences respectives de 20,9 %, 20 % et 19,6 %.
- Juste derrière, deux autres régions ont également de forts taux de prévalence : l'Alsace (18,6 %) et le Limousin (17,8 %).
- Les régions les moins touchées par l'obésité sont les régions Midi-Pyrénées (11,6 %), PACA (11,7 %) et Pays de la Loire (11,8 %).
- En résumé, 2012 confirme les disparités interrégionales : on observe toujours un gradient Nord-Sud : 21,3 % dans le Nord-Pas de Calais et 11,6 % dans la région Midi-Pyrénées ; de même qu'un gradient Est-Ouest : 18,6 % en Alsace et 12 % en Bretagne.
- Globalement les régions dans lesquelles la prévalence de l'obésité était, en 1997, inférieure à la moyenne nationale restent en dessous de la moyenne également en 2012 (Bretagne, Pays de la Loire, Midi-Pyrénées, PACA, Région Parisienne et Rhône-Alpes). Seule exception, la Franche-Comté, en dessous en 1997 passe légèrement au-dessus de la moyenne en 2012 mais affiche, en revanche, une des plus fortes augmentations en 15 ans. Citons également, dans les régions qui connaissent les plus fortes augmentations en 15 ans : l'Alsace, la Champagne-Ardenne et la Région Parisienne.

✓ Pathologies associées

- Près de 2,3 fois plus de traitement de l'hypertension en cas de surpoids, et 3,6 fois plus en cas d'obésité (par rapport aux sujets avec IMC < 25kg/m²).
- 2,2 fois plus de personnes déclarent être traitées pour une dyslipidémie en cas de surpoids, 2,7 fois plus en cas d'obésité (*versus* des sujets de corpulence normale)
- Parmi les diabétiques de type 2, 43,1 % sont obèses. On observe un écart important de ce taux selon le sexe puisque 39,9 % des hommes diabétiques de type 2 sont obèses contre 47 % des femmes diabétiques de type 2.
- Les personnes présentant une obésité classe III (IMC > 40 kg/m²) sont moins souvent tabagiques que les autres : 9,7 % de fumeurs *versus* 17,1 % sur le plan national ; un phénomène que l'on observe aussi parmi les obésités de classes I et II, mais dans une moindre mesure : 13,5 % de fumeurs.
- La prévalence de l'association de traitements de 3 facteurs de risque est 14 fois plus élevée en cas d'obésité et 5 fois plus en cas de surpoids.
- 54,2 % des personnes opérées sont toujours considérées comme obèses après l'intervention chirurgicale.

Tableau 14 : Données ObÉpi 2012

ETUDES OBEPI %	SURCHARGE PONDERALE (a+b)	SURPOIDS (a)	OBESITE (b)
TOUS 18 ANS ET + (%) 2012	47,4	32,3	15,1
HOMMES 2012	53,1	38,8	14,3
FEMMES 2012	42	26,3	15,7
HOMMES 2000	48,6	38,3	10,3
FEMMES 2000	33,5	23,5	10
CADRES			8,7
OUVRIERS			16,7
RETRAITES			18,9
REVENUS >5301 €			7
REVENUS <900 €			25,6
PARIS			14,1
>100 000 HABITANTS			13,8
<2 000 HABITANTS			16,7
18-24 ANS 2009			4
18-24 ANS 2012			5,4
25-34 ANS 2009			10,4
25-34 ANS 2012			10,8
35-44 ANS 2009			13,8
35-44 ANS 2012			14,3
45-54 ANS 2009			16
45-54 ANS 2012			16
55-64 ANS 2009			19,8
55-64 ANS 2012			19,5
65 ANS ET + 2009			17,9
65 ANS ET + 2012			18,7

Source : Enquête ObÉpi

ANNEXE 4 : SYNTHÈSE DES TRAVAUX DE L'ANSES RELATIFS À LA NUTRITION

- Liste des documents étudiés par la mission :
 - Avis de l'ANSES relatif à l'évaluation des bénéfices et des risques nutritionnels des édulcorants intenses / 19 novembre 2014 – révisé le 9 janvier 2015 ; Rapport d'expertise collective sur l'évaluation des bénéfices et des risques nutritionnels des édulcorants intenses.
 - Avis de l'ANSES relatif au suivi des teneurs en sel des principaux vecteurs entre 2003 et 2011 et simulation des impacts sur les apports en sel de la population française / 15 octobre 2012.
 - Étude ANSES sur Boissons rafraichissantes sans alcool – évolution du secteur entre 2010 et 2013 / édition 2015.
 - Étude d'impact des chartes d'engagements volontaires de progrès nutritionnel sur les volumes de nutriment mis sur le marché / édition 2013.
 - Avis de l'ANSES et rapport d'étude sur Disparités socioéconomiques et apports alimentaires et nutritionnels des enfants et des adolescents / décembre 2012.
 - Avis de l'ANSES relatif à l'actualisation des repères du PNNS : révision des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité / juin 2016

1. Avis de l'ANSES relatif à l'évaluation des bénéfices et des risques nutritionnels des édulcorants intenses / 19 novembre 2014 – révisé le 9 janvier 2015 ; Rapport d'expertise collective sur l'évaluation des bénéfices et des risques nutritionnels des édulcorants intenses ; AUTOSAISINE

L'évaluation des édulcorants (aspartame et acésulfame de potassium (K)) menée par l'agence européenne (EFSA / european food safety agency) dans le cadre du règlement 257/2010 ne porte que sur les enjeux toxicologiques et les risques associés à leur consommation. Suite à l'évaluation de l'aspartame qu'elle a menée en 2011, l'ANSES a demandé à l'EFSA qu'elle en révisé par anticipation (initialement prévu en 2020) la dose journalière admissible (DJA). La révision publiée par l'EFSA en décembre 2013 n'a pas conduit à une remise en cause de la DJA antérieure.

Le 30 juin 2011, l'ANSES s'est autosaisie afin d'évaluer les bénéfices et les risques nutritionnels des édulcorants intenses (EI)²¹² autorisés en Europe. La méthode retenue a été une recherche bibliographique systématique et exhaustive sur les effets de la consommation des EI sur la santé.

- Éléments de contexte :
 - Historiquement, les EI ont été développés pour satisfaire l'appétence en sucre sans apporter de calories ;
 - Ils sont utilisés : dans un objectif de réduction de la consommation de sucres et de l'apport énergétique dans les régimes amaigrissants et, chez le sujet diabétique, pour l'aide au contrôle de la glycémie et l'acceptabilité d'un régime restreint en sucres ;
 - Les principaux effets bénéfiques attendus des utilisateurs ont trait au contrôle du poids et au métabolisme ;
 - Les apports alimentaires des édulcorants intenses en France, quelle que soit la population étudiée, sont inférieurs aux DJA ;
 - L'EFSA a autorisé deux allégations alimentaires relatives aux EI :

²¹² « Substances obtenues par synthèse chimique ou extraites de végétaux, utilisées en industrie agroalimentaire pour leur pouvoir sucrant plusieurs dizaines à plusieurs de milliers de fois supérieur à celui du saccharose ».

- ✓ Contribution au maintien de la minéralisation des dents ;
- ✓ Induction d'un moindre pic glucidique que le sucre.
- En revanche, l'EFSA a émis un avis défavorable sur les allégations relatives aux EI :
- ✓ Meilleur contrôle du poids comparé au sucre ;
- ✓ Contribution à un poids de bonne santé (healthy body weight);
- ✓ Aide au contrôle de la prise de calories ;
- ✓ Pouvoir amincissant en tant qu'aide à un régime contrôlé en calorie (calorie controlled diet) ;
- ✓ N'ont pas d'effet sur : le métabolisme glucidique, le contrôle à court ou long terme du glucose sanguin ou de la sécrétion d'insuline.
- Publication d'une étude en 2010 (Halldorsson et al.) rapportant une association entre la consommation de boissons contenant des EI et la fréquence des accouchements prématurés induits (note d'étape ANSES en 2012).
- CONCLUSIONS DU COMITE D'EXPERTS SPECIALISE « NUTRITION HUMAINE » ET DU GROUPE DE TRAVAIL :
- **Effets sur le comportement alimentaire et les préférences gustatives chez l'adulte** : il n'est pas possible de juger de l'effet d'une consommation régulière d'EI sur une éventuelle habitude au goût sucré et sur une augmentation de l'appétence pour des produits sucrés ; une consommation ponctuelle d'EI avant ou pendant un repas n'a aucun effet sur la prise alimentaire et l'apport énergétique au cours du repas suivant ; à court terme l'utilisation des EI entraîne un moindre apport énergétique mais les données disponibles sont insuffisantes pour garantir le maintien à moyen ou long terme de cet effet ;
- **Effets sur le comportement alimentaire et les préférences gustatives chez l'enfant** : aucune étude ne permet de statuer sur l'existence d'un effet propre des EI consommés lors de la petite enfance sur le développement du goût, des préférences alimentaires et sur la régulation à court et moyen termes de la prise alimentaire ;
- **Effets sur le poids et la composition corporelle des adultes** : les études observationnelles ou interventionnelles ont rapporté des observations contradictoires entre la consommation d'EI et la perte de poids ; on ne peut pas conclure quant à l'effet à long terme de la substitution des sucres par des EI sur le poids des adultes consommateurs réguliers de produits au goût sucré ;
- **Effets sur le poids et la composition corporelle des enfants** : la majorité des études observationnelles prospectives montre que l'utilisation des EI est paradoxalement associée à un gain de poids, sans que la causalité de cette association ait été établie ; les 4 études contrôlées disponibles montrent des résultats divergents mais aucune n'a rapporté de gain de poids ; il n'est pas possible de conclure sur l'intérêt des EI dans le contrôle du poids chez l'enfant et l'adolescent ;
- **Effets sur la glycémie et le diabète de type 2** : la consommation d'EI n'a pas d'effet sur les paramètres glycémiques à court et moyen termes chez le sujet sain ou chez le sujet diabétique ; il n'y a pas non plus d'effet sur le risque d'apparition d'un diabète de type 2 ;
- **Effets sur les paramètres lipidiques** : pas d'effet des EI sur le profil lipidique ;
- **Effets sur les accouchements prématurés** : les données disponibles ne permettent pas d'identifier de bénéfice ni de conclure sur le risque lié à la consommation des EI pendant la grossesse, que ce soit sur la santé de la mère, les paramètres obstétricaux ou la santé du nouveau né ;
- **Effets sur le cancer** : les études épidémiologiques ne mettent pas en évidence d'effet de la consommation d'EI sur le cancer ; seule une étude récente suggère un lien entre la

consommation de boissons contenant des EI et l'apparition de lymphomes non hodgkiniens et de myélomes, appelant des travaux complémentaires ;

- **Effets neurologiques** : l'ensemble des données ne permet pas de conclure à l'existence d'un risque ;
- **POUR CONCLURE** : « il n'a pas été démontré d'effet bénéfique permettant de recommander la consommation régulière d'EI chez l'adulte et chez l'enfant. Par ailleurs, les données disponibles ne montrent pas l'existence d'un risque chez les consommateurs ponctuels. En revanche, les données épidémiologiques actuellement disponibles ne permettent pas d'écarter complètement certains risques en cas de consommation régulière et prolongée » (p. 13). L'ANSES met tout particulièrement l'accent sur le déficit d'études pertinentes et conclusives quant aux bénéfices supposés des édulcorants, dans le contexte d'une utilisation large et ancienne de ceux-ci dans le cadre alimentaire.

2. Avis de l'ANSES relatif au suivi des teneurs en sel des principaux vecteurs entre 2003 et 2011 et simulation des impacts sur les apports en sel de la population française / 15 octobre 2012 ; AUTOSAISINE

Éléments de contexte :

- L'excès de consommation de sel est reconnu comme un facteur de risque de l'hypertension artérielle et des maladies cardio-vasculaires ainsi que d'autres maladies dont le cancer de l'estomac ;
- L'AFSSA a publié en 2000 un avis qui recommandait une diminution des apports en sel (objectif de distribution en sel des apports en sel comprise entre 5 et 12g/j) ; elle a publié en 2002 des recommandations pour réduire progressivement la teneur en sel de certains aliments afin de réduire de 20 % à échéance de 5 ans l'apport moyen de sel à 7 à 8 g/j et diminuer la proportion de forts consommateurs ;
- L'OMS a fixé en 2003 une recommandation maximale à 5g/j ;
- **LES PNNS 1,2 et 3 comprennent des objectifs de réduction de la consommation de sel ; le PNNS 3 vise : 8g/j chez les hommes adultes et 6,5g/j chez les femmes adultes et les enfants ;**
- L'AFSSA puis l'ANSES en lien avec l'Institut national de la consommation (INC) suivent l'évolution de la teneur en sel des aliments contribuant le plus aux apports sodés ; des groupes d'aliments vecteurs ont été identifiés et des dosages réalisés en 2003, 2005, 2008 et 2011 ;
- Les 6 groupes d'aliments les plus contributeurs aux apports en sel ont été retenus en 2003 et représentent 70 % des apports en moyenne et 80 % chez les forts consommateurs de sel : pain et biscottes ; charcuterie ; soupes ; fromages ; plats composés ; pizzas, quiches et pâtisseries salées ; 2 groupes supplémentaires du fait d'une consommation élevée par les enfants : viennoiseries ; céréales pour petit déjeuner ;
- Au sein de ces 8 groupes, les 27 familles les plus contributrices ont été retenues (55 % des apports sodés) ; en 2011 un échantillonnage prenant en compte les parts de marché a été réalisé ; l'avis porte sur les 319 produits suivis depuis 2003 classés selon les 48 aliments de la nomenclature de l'INCA ; les 48 aliments suivis représentent 31 % des apports totaux en sel et 36 % des apports totaux en sel des produits transformés chez les adultes ; les données de consommation sont celles de l'étude INCA 2 (2006-2007) ;

CONCLUSIONS DU COMITE D'EXPERTS SPECIALISE « NUTRITION HUMAINE » :

Hypothèses de l'étude : les consommations alimentaires sont constantes ; les compositions des autres aliments sont constantes ; les diminutions observées au sein d'un groupe pour certains

aliments sont représentatives de l'ensemble des aliments du groupe (ce que n'a pas complètement confirmé l'étude par la suite) ; la modification des comportements alimentaires (choix alimentaires, quantité de sel rajouté...) n'a pas été évaluée ; les effets sanitaires des diminutions d'apports sodés (HTA, ..) n'entrent pas dans le cadre de l'étude ;

Résultats :

- Des diminutions de teneurs en sel ont été observées entre 2003 et 2011 dans les groupes suivants : pain et panification (diminution seulement entre 2008 et 2011 : 1,71 *versus* 1,51 g/100g) ; céréales de petit-déjeuner (mais évolutions successives non significatives entre 2003 et 2011 : 1,26 *versus* 0,98 g/100g) ; fromages (diminution seulement entre 2008 et 2011 : 1,38 *versus* 1,31 g/100g) ; pizzas et quiches (diminutions à partir de 2005 : 1,41 *versus* 1,08 g/100g) ; soupes et potages (stabilisation depuis 2008 (1,12 *versus* 0,76 g/100g) ; plats composés (diminution seulement entre 2008 et 2011 : 0,98 *versus* 0,85 g/100g) ;
- Il n'a pas été observé de diminutions des teneurs en sel dans les groupes : viennoiseries et charcuteries ;
- Les diminutions sont principalement dues à des évolutions de certaines familles : de la baguette et du pain de campagne pour le groupe pain et panification ; de l'emmental pour le groupe fromages ; des pizzas et des quiches pour le groupe du même nom ; des soupes réhydratées et déshydratées pour le groupe soupes et potages ; du cassoulet, de la choucroute, du hachis Parmentier et des raviolis pour le groupe plats composés ;
- Dans la population française, une diminution des apports en sel liés aux 48 aliments est observée, surtout depuis 2008 ; entre 2003 et 2011 elle est estimée chez les adultes à - 14,5 % (de 2,34 à 2 g/j) ; les évolutions chez les enfants sont globalement comparables mais numériquement plus faibles à - 13,6 % (de 1,54 à 1,33 g/j) ;
- En supposant que les autres aliments consommés en France et non suivis n'aient subi aucune modification de leur teneur en sel, la baisse de 14 % des apports en sel des 48 aliments suivis conduirait chez les adultes à une diminution de 4 % des apports en sel totaux, et d'environ 5 % des apports en sel totaux des produits transformés ;
- En supposant que les diminutions moyennes observées à parti des 48 aliments suivis puissent s'appliquer à tous les aliments des 8 groupes, mais sans modification des teneurs en sel des autres groupes d'aliments, la baisse de 14 % des apports en sel conduirait à une baisse d'environ 10 % des apports totaux en sel chez les adultes, et de 11 % des apports en sel totaux des produits transformés ;

Synthèse de l'avis de l'ANSES :

- La diminution de l'apport en sel depuis 2003, et notamment depuis 2008 se situe aux alentours de 4 % et atteindrait 10 % dans le cadre de projections optimistes ;
- Cette diminution reste insuffisante pour atteindre les objectifs de l'OMS et du PNNS ; pour ce dernier, la diminution visée est de l'ordre de 20 % par rapport à 2002 ;
- Ces résultats montrent l'intérêt des démarches menées dans le cadre du PNNS et du PNA (chartes d'engagement volontaire) ;
- Mais ils en soulignent aussi les limites : outre le renforcement du levier des chartes volontaires, d'autres actions le cas échéant réglementaires devraient être menées afin d'agir à la fois sur le nombre des produits concernés et sur le niveau de réduction des teneurs en sel des aliments transformés ;
- Les actions de communication sur le long terme visant à favoriser la diversité alimentaire et une consommation raisonnable des aliments forts contributeurs à l'apport sodé doivent être poursuivies.

3. Étude sur les Boissons rafraichissantes sans alcool ; évolution du secteur entre 2010 et 2013 / édition 2015 – OQALI, INRA, ANSES

Cette étude vise à présenter l'évolution entre 2010 et 2013 du secteur des boissons rafraîchissantes sans alcool du point de vue de la qualité nutritionnelle ; sont également étudiées l'information nutritionnelle apportée par les emballages et la variabilité de la composition nutritionnelle étiquetée.

L'étude des données OQALI 2010 a porté sur 845 boissons ; pour 2013 elle a porté sur 1421 produits (+ 576) :

- 272 produits ont été retirés (32 % des produits de 2010) ;
- 92 produits sont identiques (6 % des produits de 2013) ;
- 480 produits ont été modifiés (34 % des produits de 2013) ;
- 849 produits ont été ajoutés (60 % des produits de 2013).

19 familles de produits sont réparties dans 3 catégories, avec utilisation du seuil réglementaire communautaire (Rgt CE n° 1924/2006) à 2,5 g/100ml en dessous duquel est possible l'accès à l'allégation «faible teneur en sucres » :

- Boissons à teneur en sucres < ou = 2,5 g/100 ml ;
- Boissons à teneur en sucres > 2,5 g/100 ml ;
- Autres boissons (comprenant les produits avec plus de 50 % de jus de fruits et / ou de légumes, les boissons destinées à l'effort sportif ainsi que les boissons végétales.

Principaux résultats de l'étude :

- **Stabilité de la proportion de produits avec allégations nutritionnelles** : 286 produits soit 34 % en 2010 *versus* 469 produits soit 33 % en 2013 ; elles concernent les sucres pour 42 % des allégations ;
- **Stabilité de la proportion de produits avec allégations de santé** : 35 produits soit 4 % en 2010 *versus* 53 produits soit 4 % en 2013 ; elles concernent essentiellement le stress oxydatif (26 % en 2010 *versus* 15 % en 2013) et la performance physique (23 % en 2010 et en 2013) ;
- **Augmentation significative de la proportion de produits avec repères nutritionnels** : 453 produits en 2010 soit 54 % *versus* 845 produits soit 59 % en 2013 ;
- **Tendance à l'augmentation de la proportion de produits avec adjonction de vitamines et/ou de minéraux** : 86 produits en 2010 soit 10 % *versus* 174 produits soit 12 % en 2013
- **Tendances à la diminution des teneurs en sucres pour la quasi-totalité des familles, y compris après pondération par les parts de marché** :
 - ✓ diminution significative pour les eaux aromatisées à teneur en sucres > 2,5 g/100 ml (-0,6 g / 100 ml soit -14 %) ; augmentation des produits sucrés-édulcorés (86 % des produits qui réduisent leur teneur en sucre en 2013 ; amélioration de l'offre (les produits ajoutés ont une teneur plus faible / 2010 soit -0,7 g ; les produits retirés présentent la teneur moyenne en sucres la plus élevée ; plus grand nombre de produits dans les tranches inférieures des teneurs) ;
 - ✓ diminution significative pour les Colas à teneur en sucres > 2,5 g/100 ml (-0,6g soit -6 %) liée à des reformulations utilisant des édulcorants parfois de façon importante ; variations des marques nationales (-0,7g soit -7 %), des marques distributeurs (-1,1g soit -11 %), du hard discount (-0,5g soit -5 %) ;
 - ✓ diminution significative pour les boissons énergisantes à teneur en sucres > 2,5g/100 ml (-0,9 g/100 ml soit -8 %) essentiellement portée par les produits de marques

- nationales (-1,1g/100ml) et par les produits ajoutés entre 2010 et 2013 i.e. innovations, extension de gamme (-1,3g/100 ml) ;
- ✓ diminution significative pour les boissons aux fruits gazeuses à teneur en sucres > 2,5 g/100 ml (-0,6 g/100 ml soit - 7 %) en partie via l'emploi d'édulcorants (14 % des produits qui présentent une diminution des teneurs en sucre comprennent des édulcorants en 2013 alors qu'ils n'en comportaient pas en 2010), mais aussi via une amélioration de l'offre (produits ajoutés / 2010) essentiellement portée par les produits de marques de distributeurs (teneur moyenne - 1,2 g/100 ml ; mais dans ce cas fort usage des édulcorants : 2 % de ces produits en comportaient en 2010, 22 % en 2013) et le hard discount (teneur moyenne -0,9 g/100 ml mais pas d'accroissement de l'usage des édulcorants) ;
 - ✓ diminution significative pour les boissons aux fruits plates à teneur en sucres > 2,5 g / 100 ml (-0,5g soit -5 %) en partie via la reformulation des produits et l'emploi d'édulcorants ; évolution portée par les produits d'entrée de gamme de distributeurs ;
 - ✓ diminution significative pour les boissons aux légumes et/ou aux fruits (-5,8 g soit - 43 %) essentiellement par une modification de l'offre (la modification de la teneur en sucres est davantage influencée par les ingrédients- fruits ou légumes- que par les sucres ajoutés) ; les produits ajoutés représentent 70 % de l'effectif présent en 2013 ;
 - ✓ tendance à la diminution pour les Colas à teneur en sucres > ou = à 2,5 g/100 ml (-0,1g) ;
 - ✓ tendance à la diminution pour les limonades à teneur en sucres > 2,5g/ 100 ml (-0,6g /100 ml) essentiellement due à des reformulations et l'emploi d'édulcorants

En synthèse :

- ✓ **Tendance à la diminution du marché global** : réduction de -5,5 % entre 2010 et 2013 ;
- ✓ **Les marques de distributeurs et les marques nationales sont représentées dans toutes les familles** : mais les marques de distributeurs ont une offre moins diversifiée (6 familles non représentées dans ce segment ni en 2010, ni en 2013) ; les produits du hard discount sont présents dans 17 familles sur les 19 étudiées ;
- ✓ **En nombre de références : diminution de la proportion de produits < ou = 2,5 g/100 ml au profit de la catégorie > 2,5 g/100 ml** ; notamment du fait de l'augmentation des références de boissons aux fruits plates qui représentaient 17 % en 2010 et 23 % en 2013 ; **En volume : l'évolution est inverse** ; augmentation de la part des produits < ou = 2,5 G/100 ml (30 % en 2010 ; 32 % en 2013) ; diminution de la part des produits > 2,5 g/100 ml (de 68 % à 67 %) ;
- ✓ **Augmentation significative des paramètres de l'étiquetage** : repères nutritionnels de 54 % à 59 % (notamment via marques de distributeurs et hard discount) ; portions indiquées de 71 % à 77 % (idem) avec principalement une valeur à 200 ml (y compris pour les boissons à partager) sauf pour les formats individuels de 330 ml qui indiquent en majorité une portion à 330 ml ; valeurs nutritionnelles à la portion de 40 % à 58 % (idem) ;
- ✓ **Tendance à l'augmentation des produits avec un étiquetage nutritionnel** : de 92 % à 94 % ;
- ✓ **Tendance à la diminution de la proportion de produits avec un étiquetage nutritionnel détaillé** : de 78 % à 75 % : mais à nuancer avec l'apparition en 2013 de 14 % des produits étiquetés selon le **Rgt UE « INCO » 1169/2011** relatif à

l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires et applicable à partir du 13 décembre 2014 ;

- ✓ **Impact de l'accord collectif PNA** avec certaines entreprises du secteur qui s'engagent, entre 2010 et 2015, à baisser de 5 % le taux moyen de sucres notamment via l'utilisation plus importante d'édulcorants ; cet emploi plus fréquent d'édulcorants est constaté par l'étude ;

4. Étude d'impact des chartes d'engagements volontaires de progrès nutritionnel sur les volumes de nutriments mis sur le marché / édition 2013 – OQALI, INRA, ANSES

L'étude porte sur 28 chartes d'engagements volontaires de progrès nutritionnel, sur un total de 31 chartes signées entre 2008 et 2012. Sur les 28 chartes étudiées, 2 sont issues de distributeurs, 3 d'interprofessions, et 23 d'entreprises industrielles individuelles.

L'étude a pour objet, à partir de la quantification des parts de marché des produits reformulés via les engagements inscrits dans les chartes, de mesurer l'impact de ces chartes sur les volumes de nutriments mis sur le marché. Sont analysés :

- les engagements de reformulation des produits existants (réduction des teneurs en sucres, sel... augmentation des teneurs en vitamines...);
- les engagements portant sur la structure du marché : augmentation de la part de marché des produits de meilleure qualité nutritionnelle en substitution de produits « pour lesquels une consommation modérée est préconisée ».

Tous les nutriments retenus par les objectifs des chartes ont été étudiés : lipides, acides gras saturés, sucres simples, sodium, fibres, calcium, vitamine D, acides gras trans, acides gras oméga 3.

Ce sur quoi l'étude ne porte pas :

- Les nouveaux produits et les produits hors charte dont la composition nutritionnelle peut aussi avoir évolué, relevant des signataires ;
- L'accessibilité (prix relatif) des produits chartés en comparaison avec les autres produits ;
- L'impact indirect des engagements : incitation à l'amélioration sur les producteurs non signataires de chartes ;
- (Les sucres, sel, etc. , rajoutés par le consommateur.)

Principaux résultats de l'étude :

- La majorité des engagements ont été respectés, voire dépassés et les efforts fournis par les signataires sont importants : la variation d'acides gras saturés et trans pour les frites et les garnitures surgelées chartées est de -60,7 % et de -69,3 % pour les acides gras trans des pâtes à tartes chartées ;
- Tous secteurs et tous nutriments confondus, les produits chartés représentent 4,4 % du marché ;
- Les parts de marchés les plus élevées (>30 %) sont logiquement dues soit aux accords de filière (charte collective pour la charcuterie / teneurs en lipides et en sodium), soit à l'engagement d'entreprise leader (sur les aides culinaires p ex), soit à la convergence d'acteurs sur les mêmes couples secteur-nutriment (2 distributeurs et 2 entreprises sur les teneurs en sucre des céréales pour le petit-déjeuner) ;
- La diminution annuelle des nutriments relatifs aux produits chartés existants mis sur le marché est estimée à : plus de 8000 tonnes / volume de lipides ; 4177 tonnes / volume d'acides gras saturés ; 14611 à 15862 tonnes / volume de sucres ; 663 à 668 tonnes / volume de sodium ; 220 tonnes / volume d'acides gras trans ;

- L'augmentation annuelle des nutriments relatifs aux produits chartés existants mis sur le marché est estimée à : 32 tonnes / calcium ; 4 kilogrammes / vitamine D ; 704 tonnes / acides gras oméga 3 ; 308 tonnes / fibres ;
- Mais lorsqu'on se place à l'échelle d'une famille de produits (chartés et non chartés) l'impact sur les volumes de nutriments est modeste : 0,51 % toutes familles et tous nutriments confondus (même si pour certains nutriments de certaines familles cet impact peut aller jusqu'à 10 %).

En synthèse :

Des résultats non négligeables mais sauf exception extrêmement localisés et sans impact systémique sauf pour les accords de filière.

5. Avis de l'ANSES et rapport d'étude relatifs aux disparités socioéconomiques et aux apports alimentaires et nutritionnels des enfants et adolescents / décembre 2012 AUTOSAISINE

Les objectifs de l'étude portent sur : l'état des lieux des connaissances sur le lien entre alimentation et niveau socioéconomique chez les enfants et les adolescents en France et en Europe ; la caractérisation de l'alimentation des enfants et adolescents en lien avec le niveau socioéconomique du foyer à partir de l'étude nationale INCA 2 (2006-2007) et plus précisément des données recueillies pour 546 enfants et 836 adolescents.

Ces travaux visent explicitement à contribuer :

- à la définition d'actions en référence au premier axe du PNNS 3 : « réduire par des actions spécifiques les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention », intégré au plan obésité ;
- à l'identification de messages de politique nutritionnelle adaptés aux personnes défavorisées, en référence au programme alimentation et nutrition.

Le niveau socioéconomique a été déterminé par l'utilisation des variables suivantes : niveau de vie du foyer (revenu par unité de consommation) ; niveau d'études du représentant de l'enfant/adolescent (primaire ; collège-lycée ; supérieur) ; la catégorie socioprofessionnelle du représentant de l'enfant/adolescent (4 classes) ; le niveau de richesse (indice de richesse du ménage) ; l'index de niveau socioéconomique.

L'étude porte sur la population générale et elle ne peut pas être extrapolée aux populations en situation de grande pauvreté, non représentées dans l'étude INCA 2.

Principaux résultats :

a) consommations alimentaires :

- consommation de fruits et légumes : elle est plus basse quand le niveau socioéconomique est plus bas ; moindre consommation de légumes chez les enfants et de fruits chez les adolescents ; écart maximum en regard du critère du niveau d'études du représentant de l'enfant/adolescent ; résultats conformes à la littérature ;
- consommation de féculents : elle est plus élevée chez les enfants dont le niveau socioéconomique est plus bas (pâtes essentiellement) ; écart maximum en regard du critère du niveau d'études du représentant de l'enfant ; pas de relation significative chez les adolescents ; résultats cohérents avec la littérature ;

- consommation de viandes, poissons et œufs : consommation de viande plus élevée chez les enfants de niveau socioéconomique bas ; consommation de charcuterie plus élevée chez les adolescents de niveau socioéconomique bas ; écart maximum en regard du critère du niveau d'études du représentant de l'enfant/adolescent ; pas de différence corrélée au niveau socioéconomique pour le poisson ; disparité de résultats entre les autres études ;
- consommation de produits laitiers : globalement pas de différences selon le niveau socioéconomique mais différences selon les produits ; plus en détail : les enfants de niveau socioéconomique bas consomment plus de lait et moins de yaourts (idem pour les adolescents pour ce produit) ; disparités des résultats entre les autres études ;
- consommation de boissons sucrées : consommation plus élevée de boissons sucrées (non édulcorées) chez les enfants et adolescents de niveau socioéconomique bas ; de manière générale les enfants et adolescents de tous niveaux consomment peu de boissons édulcorées ; résultats conformes à la littérature ;
- consommations de produits sucrés –hors boissons- : consommation plus basse chez les enfants de niveau socioéconomique plus bas (essentiellement : fruits en compote ou au sirop, confiserie) ; consommation plus élevée de crèmes desserts pour les adolescents de niveau socio-économique plus bas et inversement pour les pâtisseries-gâteaux ; hétérogénéité des résultats des autres études ; intérêt limité et difficulté d'interprétation de cette catégorie ;

b) Apports nutritionnels :

- Apport énergétique total : ne diffère pas selon le niveau socioéconomique du foyer ; pas de consensus pour les autres études ;
- Apports en protéines : les apports en protéine ne sont pas associés au niveau socioéconomique ; pas de consensus pour les autres études ;
- Apports en lipides : chez les enfants, pas de différences sur les apports totaux ; pas de différence sur les matières grasses, principal pourvoyeur de lipides, mais variation de la consommation d'acides gras saturés en fonction du niveau socioéconomique : les pâtisseries-gâteaux, le lait et les charcuteries sont davantage contributeurs aux apports pour les niveaux élevés ; chez les adolescents, les apports lipidiques totaux sont plus bas pour les niveaux socioéconomiques plus bas (moindre consommation de pâtisseries-gâteaux) ; pas de consensus pour les autres études ;
- Apports en glucides : chez les enfants pas d'association des glucides totaux au niveau socioéconomique ; mais les apports en glucides complexes suivent une courbe inverse de celle des glucides simples ; chez les adolescents les apports glucidiques sont plus élevés pour les niveaux socioéconomiques bas, principalement du fait des apports en glucides complexes ; les autres études ne sont pas consensuelles ;

c) Caractéristiques anthropométriques :

- Chez les enfants et les adolescents inclus dans l'étude, alors même qu'il n'y a pas de différence d'apport énergétique en fonction du niveau socioéconomique, l'indice de masse corporelle est corrélé : il est plus élevé chez ceux de niveau socioéconomique bas ; en revanche, l'indice de maigreur n'est pas associé ; résultats convergents avec les autres études ;

d) Nombre de prises alimentaires

- Chez l'enfant, pas de différence ; chez les adolescents le nombre de prises alimentaires diminue quand le niveau socioéconomique (NSE) baisse de 4 à 3,7 prises / jour ; résultats convergents avec les autres études : les populations en situation défavorable sautent plus facilement un repas –notamment le petit-déjeuner – mais sont davantage adeptes du grignotage ;

e) Qualité de l'alimentation :

- Les enfants et adolescents de niveau socioéconomique plus bas ont une moins bonne qualité de l'alimentation (adéquation nutritionnelle moyenne i.e. ratio entre l'apport en un nutriment et l'apport recommandé ; densité énergétique ; diversité alimentaire ; apport en sodium) ;
- mais pour les adolescents, la consommation d'acides gras saturés est plus basse pour les adolescents de niveau socioéconomique bas ; en revanche, la différence d'apport en sel peut être plus élevée de 6 % ;
- à niveau socioéconomique égal : ¼ des enfants et adolescents dont le représentant a un niveau d'études ou un niveau socioéconomique bas ont une adéquation nutritionnelle moyenne élevée ; ¼ des enfants dont le représentant a un niveau d'études ou un niveau socioéconomique élevé ont une adéquation nutritionnelle moyenne basse ;

En synthèse :

- l'étude ne montre pas de différences de consommation significatives chez les enfants et adolescents de niveaux socioéconomiques différents, mais, à niveau de vie équivalent, les consommations alimentaires et la qualité de l'alimentation varient avec le niveau d'études du représentant ;
- les différences les plus marquées corrélées au niveau socioéconomique : consommation quotidienne de fruits et légumes (NSE+ > NSE-), de féculents et boissons sucrées (NSE+ < NSE-),
- pour les fruits et légumes en particulier, les repères nutritionnels sont loin d'être atteints pour les enfants et adolescents de tout NSE ;
- résultats inhabituels ou contre-intuitifs : l'étude rapporte une absence de différence de consommation de poisson ; la consommation de certains produits sucrés (gâteaux et confiserie) est plus élevée chez les enfants et adolescents de NSE élevé ;
- l'absence d'association entre l'apport énergétique et le NSE, alors que le surpoids et l'obésité sont corrélés aux NSE bas, suggère un caractère déterminant du niveau de dépense énergétique (activité physique et sédentarité) ; « il semble donc que la lutte contre le surpoids et l'obésité chez l'enfant et l'adolescent nécessite la diminution des comportements sédentaires et l'augmentation de l'activité physique, parallèlement aux interventions d'ordre alimentaire » ;
- bien plus que leur capacité financière, le niveau d'études des parents serait le facteur prédominant expliquant les disparités de consommation alimentaire des enfants et adolescents ; un faible niveau d'études pourrait limiter la connaissance et la mise en application des messages nutritionnels et nécessiterait la mise en œuvre d'actions d'information ciblées sur les parents de faible niveau d'études ;
- le rôle d'autres facteurs environnementaux devrait être analysé : accessibilité alimentaire, différences de pratique d'activité physique et de sédentarité.

6. Avis et rapport de l'ANSES relatifs à l'actualisation des repères du PNNS : révision des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité / février 2016 SAISINE DGS du 5 avril 2012

Alors que le terme « nutrition » tel qu'employé par le PNNS englobe l'ensemble des questions relatives à l'alimentation (nutriments, aliments, déterminants sociaux, culturels, économiques, sensoriels et cognitifs des comportements alimentaires) et à l'activité physique, l'ANSES a choisi de traiter séparément ces questions. L'objectif s'agissant de l'activité physique (AP) et de la

sédentarité consiste à proposer pour la population générale des repères en prévention primaire (réduction de l'incidence, donc des nouveaux cas, d'une maladie dans une population).

L'activité physique regroupe l'ensemble des activités qui peuvent être pratiquées dans différents contextes (travail transports, activités domestiques, loisirs..) et en poursuivant des objectifs variés (utilitaires, sanitaires, sociaux etc.). L'intensité de l'activité physique est exprimée en MET (équivalent métabolique / Metabolic Equivalent Task) : unité indexant la dépense énergétique lors de la tâche considérée sur la dépense énergétique de repos ; elle est classée en 5 catégories : activités sédentaires (<1,6 MET), faible intensité (<3 MET), intensité modérée (<6 MET), intensité élevée (<9 MET, jusqu'à intensité très élevée = ou > 9 MET).

L'inactivité physique est définie comme un niveau insuffisant d'AP d'intensité modérée à élevée au regard d'un niveau recommandé.

La sédentarité est une situation d'éveil avec une dépense énergétique faible en position assise ou allongée. Distincte de l'inactivité physique, elle a des effets propres sur la santé.

Les travaux de l'ANSES se sont appuyés sur l'étude INCA 2 (2009), l'enquête nationale nutrition santé (INVS 2007), le baromètre santé (INPES 2008). Ces études incluent toutes les dimensions de l'AP : temps de loisirs, transport, activité en milieu de travail ou domestique.

Les résultats sont confrontés aux recommandations de l'OMS 2010 : 30 minutes d'AP d'intensité modérée au moins 5 fois par semaine pour les adultes et 60 minutes par jour pour les enfants et adolescents

Principaux résultats :

- Moins de 37 % des adultes et moins de 32 % des plus de 65 ans sont suffisamment actifs ;
- Moins de 34 % des enfants âgés de moins de 11 ans pratiquent une AP quotidienne, et moins de 50 % des enfants pratiquent quotidiennement des jeux de plein air ;
- 12 % des adolescents de 11 à 14 ans pratiquent quotidiennement 60 minutes d'AP d'intensité au moins modérée ;
- 43 % des adolescents de 15 à 17 ans pratiquent au moins 30 minutes d'AP d'intensité modérée à élevée ;
- Le temps quotidien passé assis devant un écran est estimé : pour les adultes entre 3H20 et 4H40 - avec une sédentarité globale estimée à au moins 5H- ; à plus de 2H pour les jeunes de 3 à 17 ans ;
- La sédentarité des plus de 65 ans est estimée à au moins 3H par jour ;
- **Les facteurs associés à l'AP** sont : le jeune âge au sein de chaque population d'âge considéré ; sexe masculin ; bon état de santé ; niveau d'éducation élevé ; niveau élevé d'auto-efficacité et de compétence physique perçue ; bonne image de soi et du plaisir à pratiquer ; antécédents de pratique ; environnement (potentiel piétonnier du quartier, connectivité des rues, proximité des commerces et des lieux de loisirs, accessibilité des équipements sportifs, densité de population élevée, sécurité du trafic, facilité d'utilisation des transports publics) ; soutien social.
- **Les facteurs associés à l'inactivité physique** : surpoids ; manque de temps ; obstacles à l'AP perçus ; pour les enfants : l'insécurité perçue dans le voisinage – notamment pour les filles- ;
- **Les facteurs associés à la sédentarité** : avancée en âge ; surpoids ; pour les adultes s'ajoutent : le chômage, le faible niveau d'éducation et les symptômes dépressifs ; pour les enfants : le contexte familial – niveau d'éducation de la mère, revenu de la famille, nombre d'écrans par ménage, environnement cf. établissement scolaire situé en zone d'éducation prioritaire ;
- **Effets de l'activité physique et de la sédentarité sur certaines pathologies (référence expertise collective INSERM 2008 + bibliographique 2014)** : réduction de la mortalité précoce de 29 à 41 % ; - 14 % avec 15 minutes d'AP quotidienne ; Diabète de type 2 : AP +

amélioration de la tolérance au glucose alors que la sédentarité constitue un facteur de risque (+ 14 % pour 2 H quotidiennes devant la télévision) et que la réduction de la sédentarité diminue son incidence (- 12 % pour - 2h quotidiennes) ; obésité ; pathologies cardio-vasculaires : AP régulière d'intensité modérée ou élevée réduit de 20 à 50 % le risque coronarien et de près de 60 % le risque d'accident vasculaire (les personnes passant plus de 7 heures par jour en position assise devant un écran ont un risque de mortalité cardiovasculaire supérieur de 85 % à celui des personnes qui passent moins d'1 h par jour) ; cancers : diminution du risque de K du côlon de - 25 %, K du sein de -10 à -27 %, de l'endomètre (ces trois cancers étant par ailleurs favorisés par la sédentarité) et du poumon ; maladies respiratoires ; maladies ostéoarticulaires (augmentation de la masse osseuse des AP à impact de type course et saut) ; pathologies neurodégénératives : jusqu'à -45 % de réduction de l'incidence de la maladie d'Alzheimer et réduction à prouver de la maladie de Parkinson ; maladies auto-immunes : effets à documenter ; santé mentale et qualité de vie : bénéfice de l'AP régulière avec réduction de l'état de stress psychologique et de ses conséquences (anxiété et dépression) ;

- **Effets de l'AP et de la sédentarité pour certaines catégories de population** : composante essentielle de la santé des enfants et adolescents avec effet favorable sur la santé à l'âge adulte, inversement pour la sédentarité ; pour les femmes enceintes (réduction des lombalgies, de la prise de poids, du risque de diabète gestationnel et des symptômes dépressifs ; pour les plus de 65 ans (amélioration de l'ostéogénèse, de l'équilibre et réduction du risque de chute et de fracture, ainsi que des risques de sarcopénie et de déclin cognitif, inversement pour la sédentarité) ; personnes à limitation fonctionnelle d'activité / LFA (bénéfices d'une AP régulière quelle que soit la sévérité de la LFA, sans augmentation du risque de détérioration des grandes fonctions ni d'aggravation de la déficience ou de la pathologie primaire) ;
- Alors que dès l'enfance le temps de sommeil est insuffisant en France, **l'AP agit directement sur la qualité et la quantité de sommeil et améliore la qualité de l'éveil diurne** ; de ce fait, l'AP joue un rôle protecteur contre la survenue de pathologies chroniques directement ou indirectement par réduction du stress psychologique et de ses effets sur la santé ; ces effets positifs deviennent pérennes dès la pratique d'AP est régulière ;
- **Les risques liés à l'activité physique** (traumatiques, cardiovasculaires- mort subite-, troubles hormonaux, addictions, pratique en air extérieur pollué ou dans des conditions de température élevée) sont globalement faibles à négligeables lorsque le bilan énergétique est équilibré et la pratique adaptée à la personne (passé de comportement inactif ou LFA).

En synthèse :

- Quelles que soient les tranches d'âge, l'AP de la population française est considérée comme insuffisante au regard des recommandations de l'OMS ;
- Les recommandations de l'ANSES portent sur les repères d'AP exprimés en quantité d'AP semblant correspondre au plus grand bénéfice relatif en termes de prévention du risque sanitaire lié à l'insuffisance d'AP et à l'excès de sédentarité pour une population donnée ;
- adultes : 30 mn d'AP développant l'aptitude cardio-respiratoire, au moins 5 jours par semaine et en évitant de rester 2 jours consécutifs sans AP, avec des activités complémentaires de renforcement musculaire et d'assouplissement et de mobilité articulaire ; réduction autant que possible du temps total quotidien en position assise ; interruption des périodes prolongées en position assise ou allongée par des AP de type marche et mouvements de mobilisation musculaire ;
- femmes enceintes et post-partum : pendant la grossesse privilégier la continuité et la régularité de l'AP plutôt que l'intensité ;
- femmes ménopausées : repères complémentaires spécifiques ;

- enfants : pour les de moins de 5 ans au moins 3h/j d'AP soit 15mn / heure d'éveil ; pour les 6 à 17 ans au moins 60 mn/j d'intensité modérée à élevée ; limiter la durée quotidienne totale des activités sédentaires en période d'éveil : pas plus d'1h en continu pour les moins de 5 ans et 2h pour les 6-17 ans ;
- plus de 65 ans : AP sollicitant l'aptitude cardio-respiratoire au moins 30mn/j (intensité modérée) ou 15 mn /j (intensité élevée) au moins 5 fois par semaine ; AP de renforcement musculaire, de souplesse et exercices d'équilibre 2j/ semaine au minimum, non consécutifs ;
- personnes LFA : adapter les recommandations et les repères d'intensité destinés à la population générale ;
- sommeil pour toute la population : privilégier AP en extérieur sollicitant les aptitudes cardio-respiratoires (marche, course, nage, vélo) à allure régulière en privilégiant la durée à l'intensité ;
- les recommandations en matière d'urbanisme, de milieu de travail et de milieu scolaire : actions sur les critères de sécurité, d'accessibilité, d'esthétisme, de potentiel piétonnier, et d'espaces protégés de déplacement à vélo ; espaces verts ; transports collectifs et inter-modalités ; proximité-accessibilité-sécurité des installations dédiées ; aménagement du temps scolaire ou de travail et des espaces pour favoriser l'AP et réduire la sédentarité ; augmentation du temps de pratique d'AP à l'école ; mise à disposition de lieux de pratique ;
- les recommandations pour les professionnels de santé : informations sur les bénéfices et les risques de l'AP et de la sédentarité ; promotion de l'AP et de la réduction de la sédentarité pour toutes les catégories de la population ; formulation de conseils de pratique de l'AP adaptée à la personne ;
- les recommandations pour la formation et l'information des professionnels de l'activité physique et du sport : sur la connaissance des bénéfices de l'AP sur la santé en prévention primaire ; sur ses effets en fonction de la population, des périodes de la vie, et dans le cadre de déficiences motrices et mentales ; sur les moyens envisageables pour modifier les comportements, adopter un mode de vie actif et favoriser une pratique régulière ; sur les méfaits de la sédentarité et les moyens de la réduire ;
- la concomitance de l'augmentation de l'AP et de la réduction des temps cumulés et continus de sédentarité produira les effets les plus marqués sur la santé ;
- «au-delà d'une idée encore répandue selon laquelle l'intérêt de l'AP se limiterait aux effets de l'augmentation de la dépense énergétique, il est à considérer que les bénéfices à court, moyen et long termes se traduisent par des effets systémiques, hormonaux, métaboliques, aux effets préventifs larges et observables sur l'ensemble des composantes de la santé, au niveau physique, mental et social telle que définie par l'OMS (1946) » (page 25 Avis de l'ANSES).

REMARQUES GENERALES SUR L'ENSEMBLE DES DOCUMENTS TRANSMIS PAR L'ANSES

Sur le lien entre nutrition et activité physique :

Si l'inclusion de l'AP dans la définition de la nutrition telle que présentée dans le PNNS est pertinente au regard du bilan énergétique, l'ANSES souligne l'aspect réducteur de cette approche. Tout comme l'alimentation, l'AP présente un caractère systémique qui relève des déterminants de la santé, y compris sociaux et environnementaux. Il est donc paradoxal que la DGS, en charge de la prévention, ait promu cette synthèse réductrice, alors que les bénéfices de l'AP en prévention primaire de nombreuses pathologies débordent largement du champ du PNNS.

Sur les résultats des chartes d'engagement volontaire :

Les moyens ne sont absolument pas à la hauteur des enjeux, surtout si les résultats de l'évaluation de l'impact des chartes sont croisés avec les conclusions des autres rapports.

Ainsi, la réduction des sucres est accompagnée d'un recours nouveau et croissant aux édulcorants. Par ailleurs, les résultats relatifs aux habitudes de consommation ne tiennent pas compte du sel ou du sucre rajoutés : rien n'indique que les consommateurs ne rectifient les aliments dont la composition a évolué dans le sens souhaité par le PNNS.

Sur les inégalités socioéconomiques :

Le niveau d'études du représentant de l'enfant ou de l'adolescent constitue, selon les rapports de l'ANSES, le déterminant le plus important des inégalités sociales en matière d'alimentation, avant la situation matérielle du foyer.

Cependant, la sédentarité semble constituer un marqueur social important à la base du surpoids et de l'obésité.

L'accessibilité économique aux produits de meilleure qualité nutritionnelle et aux activités physiques régulières paraissent aussi constituer deux objectifs majeurs de la réduction des inégalités en santé. Pour autant, leur atteinte ne nécessite pas forcément qu'ils soient réunis dans un même plan d'actions.

Sur les études elles-mêmes :

Même si le sujet est classique, le décalage temporel (parfois 6 à 8 ans) entre, d'une part, les données et les études à la base des travaux de l'ANSES et, d'autre part, la date de publication des rapports, interroge sur la portée de l'évaluation des politiques publiques à visée comportementale, dont les résultats ne peuvent être atteints que dans le temps long. Il est d'autant plus regrettable que le recueil et l'exploitation des données plus récentes n'aient pas fait l'objet d'une attention prioritaire de la part des parties prenantes au PNNS-PO.

Les modalités et la méthodologie de ce type d'évaluation constitueraient un sujet d'étude en soi.

ANNEXE 5 : LE PLAN SPORT SANTÉ BIEN-ÊTRE

Le P2SBE s'appuie sur 15 mesures déclinées en 47 actions organisées en direction de deux types de publics :

Un volet « grand public » qui couvre le champ de la pratique des APS pour tous comme facteur de santé et de bien être et qui se décline pour les publics cibles du ministère chargé des sports (personnes en situation de handicap, publics socialement défavorisés, les publics scolaires, les publics du monde de l'entreprise).

Un volet « publics à besoins spécifiques » qui couvre le champ de la pratique des APS comme facteur de santé pour chacun.

Le plan trouve une traduction opérationnelle qui mobilisera les DRJSCS et les ARS principalement autour de 3 axes :

- 1. favoriser la pratique des activités physiques et sportives (APS), principalement de loisir, pour le plus grand nombre. Le développement de cette pratique est essentiellement soutenu par l'État dans le cadre du CNDS en mettant à contribution le réseau JSCS au niveau régional et départemental et mérite également le soutien des ARS via leur politique de prévention, particulièrement dans le cadre de la mise en œuvre du programme national nutrition santé (PNNS 3) ;*
- 2. développer la pratique d'APS des personnes qui sont prises en charge par les établissements sociaux et médico-sociaux. Des initiatives ont déjà été lancées en ce sens au sein des EHPAD, des centres d'hébergement et de réinsertion sociale ou encore des établissements accueillant des personnes atteintes de handicap ;*
- 3. développer la pratique d'activités physiques et sportives pour les personnes atteintes de pathologies chroniques non transmissibles telles que les maladies métaboliques (le diabète, l'obésité), cardio-vasculaires, broncho-pulmonaires obstructives etc. Il s'agit pour les professionnels médicaux de prescrire la pratique d'une activité physique ou sportive qui vienne en complément des prescriptions habituelles. Pour le mouvement sportif, il devient alors nécessaire de proposer une offre de pratique adaptée qui puisse être recensée et connue par les professionnels médicaux. Plusieurs expérimentations ont aussi été lancées dans ces domaines.*

Par ailleurs, au niveau national les actions du plans sont portées par 9 « départements » ministériels (SG, DS, DGS, DGCS, SG-CIV, MEN – DGESCO, MESR – DGEIP, DAP, DPJJ).

Les collectivités locales et leurs instances représentatives peuvent être et sont impliquées dans la mise en œuvre de ce plan SSBE.

ANNEXE 6 : LES PLANS CANCER ET LE PNNS

L'objectif 11 du plan cancer 2014-2019

..., *donner à chacun les moyens de réduire son risque de cancer*, rappelle que :

L'activité physique régulière et la consommation de fruits et légumes réduisent le risque de cancers. À l'inverse, le surpoids et l'obésité, la consommation de boissons alcoolisées, de viande rouge, de charcuterie ou de sel l'augmentent. Les comportements en matière d'alimentation ou d'activité physique favorables à la santé sont souvent liés à des déterminants sociaux ou économiques et contribuent ainsi aux inégalités observées en France face au risque de cancer. Le Plan s'attaque à l'ensemble de ces facteurs de risque et permet à chacun de mieux faire les choix adéquats pour réduire son risque de cancer et améliorer sa santé.

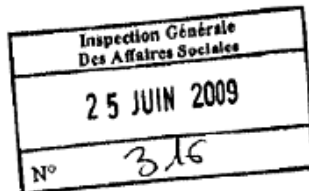
**PIÈCE JOINTE 1 : LETTRE DE MISSION DE LA
MISSION D'ÉVALUATION DU PNNS 2 2006-2010**



Ministère de la santé et des sports

Le Préfet, directeur du cabinet

Paris, le 24 JUIN 2009



Le directeur de cabinet
de la ministre de la santé et des sports
à

Monsieur le chef de service de
l'inspection générale des affaires
sociales

Cab3/LAB/MRD
numéro D.09-5762

Objet : évaluation des programmes nationaux nutrition santé

En 2000, le Haut conseil de santé publique (HCSP) a souligné le rôle de la nutrition sur la santé et appelé l'attention des autorités sur la progression de l'obésité et du surpoids, qui constituent des enjeux de santé publique. Depuis 2001, le programme national nutrition santé (PNNS) développe des outils de promotion d'une alimentation satisfaisante pour la santé, et des actions de prévention, de dépistage et de prise en charge des problèmes de nutrition, d'obésité, d'anorexie et de dénutrition.

Depuis 2007 le PNNS est piloté par un comité qui inclut une grande diversité d'acteurs institutionnels : Etat, agences sanitaires, collectivités locales, industries agro-alimentaires, instituts de recherche, représentants de l'Assurance maladie, représentants du milieu sportif et associations de consommateurs et de personnes obèses. Les propositions sont fondées sur un consensus qui facilite leur mise en œuvre. Toutefois, les intérêts divergents représentés empêchent parfois des mesures innovantes de voir le jour.

Le PNNS2 s'achève en 2010. Son bilan est positif mais certains sujets doivent être approfondis, comme :

- l'amélioration de la nutrition des personnes en situation de précarité économique,
- la mobilisation des collectivités locales et régionales autour du problème de l'obésité,
- la cohérence de la communication des acteurs qui abordent le thème de la nutrition,
- la dénutrition des personnes âgées.

Dans ces conditions, compte tenu de la priorité qu'entend donner le gouvernement à la lutte contre l'obésité, il est important que l'évaluation du PNNS2 par l'inspection générale des affaires sociales puisse se faire rapidement. Elle permettra ainsi de mieux coordonner les travaux sur l'évolution de ses actions

La mission qui vous est confiée devra, entre autres :

- relever les points forts et les faiblesses des actions menées, dans le cadre de la prévention, du dépistage et de l'amélioration de la prise en charge des troubles nutritionnels ;
- identifier les freins et les leviers à leur déploiement au niveau local ;
- analyser les synergies possibles entre les différents plans et programmes (plan Cancer, PNSE, plan national de prévention par les activités physiques ou sportives, plans locaux de développement durable...), et les moyens de les mobiliser ;
- évaluer les moyens humains et financiers mobilisés pour répondre aux objectifs fixés ;
- analyser les méthodes de fonctionnement du pilotage national du PNNS, de la coordination interministérielle et du pilotage au niveau des services déconcentrés ;
- évaluer les méthodes de fonctionnement des structures qui en émanent, en particulier le comité de pilotage du PNNS et le comité de validation des chartes d'engagement volontaire de progrès nutritionnel ;
- analyser la possibilité de faire apparaître plus clairement le coût et l'origine des crédits des actions du PNNS.

La mission pourra s'appuyer sur les expériences conduites dans le domaine de la lutte contre l'obésité et le surpoids dans quelques pays de niveau comparable (en particulier les Etats-Unis et le Royaume-Uni, qui ont mis en œuvre des plans spécifiques de lutte contre l'obésité en particulier infantile...).

Elle pourra faire toute recommandation utile à l'amélioration du programme et de son pilotage, en particulier en proposant une gouvernance qui garantisse son efficacité opérationnelle et prenne davantage en compte le caractère interministériel des actions à conduire.

La mission qui pourra s'adjoindre le concours de spécialistes des questions de nutrition et d'obésité, se rapprochera des autres ministères concernés en particulier ceux de l'intérieur et des collectivités territoriales, de l'agriculture et de la pêche, de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville et du secrétariat d'Etat chargé de l'industrie et de la consommation.

Un rapport d'étape sera remis le 30 septembre prochain et le rapport définitif au plus tard le 15 novembre 2009.


Georges-François LECLERC

PIÈCE JOINTE 2 : TABLEAU RÉCAPITULATIF DES DIFFÉRENTES INTERVENTIONS MISES EN PLACE POUR MODIFIER LES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES

Tableau extrait de la synthèse de l'expertise collective de l'INRA, *Les comportements alimentaires, Quels en sont les déterminants ? Quelles actions, pour quels effets ?* juin 2010

Tableau 7. Récapitulatif des différentes interventions mises en place pour modifier les comportements alimentaires

Pour chaque type d'intervention, un point est fait sur le niveau d'évaluation de la mesure, mais aussi les leviers qui pourraient être activés afin d'améliorer l'impact sur les comportements alimentaires.

Actions sur l'individu	Evaluation - Efficacité	Niveau d'action	Leviers
Campagnes d'information nutritionnelle génériques, type PNNS	Efficace pour améliorer les connaissances et les attitudes, mais pas les comportements	Pays	Probablement insuffisantes seules, pourraient être synergiques avec des actions ciblant l'individu ou l'offre / l'environnement
Pyramides alimentaires	Efficacité modeste si utilisées seules (1 à 3% des Américains respectent les recommandations), mais bon outil d'éducation Seules les recommandations réalistes sont suivies Assimilées à une normalisation	Pays	Des messages associés plus clairs, stables, orientés sur le plaisir de manger Un outil d'aide à l'évaluation de la qualité de l'alimentation dans les établissements et écoles
Recommandation "5 a day"	Hausse de la consommation à hauteur de 1 portion (80 g) en moyenne, après 4 à 12 mois de campagne Bonne connaissance du programme et du contenu du message, impact modeste sur la consommation	Pays, collectivité territoriale, milieu professionnel, écoles	Des suggestions plus concrètes : jus de fruit le matin, fruit en snack, légumes avec plat principal, fruit en dessert Favoriser l'offre en restauration collective et sur les lieux de vie
Education nutritionnelle collective	Efficace pour améliorer les connaissances et les attitudes, mais pas les comportements	Collectivités territoriales : département, ville, milieu professionnel, école	Implication des individus dans des activités ludiques. Faire de l'éducation nutritionnelle différenciée selon les cultures
Education thérapeutique individuelle	Efficace si les parents ou les proches sont intégrés dans le programme ; les thérapies cognitivo-comportementales sont bien supérieures aux thérapies comportementales portant sur alimentation et activité physique	Milieu hospitalier, professionnels de la santé (pour patients et entourage)	Des ateliers de groupe en complémentarité de la prise en charge individuelle Entretien d'une relation non rigide à l'alimentation (pas d'exclusion), pas de grignotage, pas de distraction au cours des repas, une activité physique plus importante
Actions combinées	Evaluation - Efficacité	Niveau d'action	Leviers
Promotion de la santé communautaire (exemple EPODE en France)		Communes, associations, départements	Participation des populations cibles à l'élaboration des actions (implication) Collaboration nécessaire de l'industrie, des médias
Marketing social	Peu d'évaluations d'expériences A l'avantage de favoriser le changement des normes et des pratiques, collectives ou individuelles Actions localisées plus efficaces	Communes, associations, départements, systèmes éducatifs	Mobilisation nécessaire de l'ensemble des acteurs pour décider collectivement des priorités et des actions à mettre en place

Actions sur l'environnement du consommateur	Evaluation - Efficacité	Niveau d'action	Leviers
L'environnement familial	Lien avéré avec la consommation de graisses, boissons sucrées et fruits et légumes	Ville, collectivité territoriale, professionnels de la santé	Des programmes d'éducation des parents à l'éducation et l'accompagnement de leurs enfants
Favoriser l'accès aux "bons produits" en milieu collectif	Changements significatifs dans le temps. Risque de voir le consommateur compléter son régime alimentaire avec les produits promus, mais pas stopper la consommation de produits moins favorables à la santé	Collectivités territoriales Etablissements, entreprises	Programmes d'éducation impliquant les enfants (jardinage, cuisine...) Distributions de fruits et légumes dans les écoles
Limiter l'accès à certains produits	Lien fort entre IMC et aliment-récompense L'exposition aux boissons sucrées est un prédicateur significatif de la consommation Lien avéré entre obésité et proximité des fastfoods avec les écoles	Écoles, familles Entreprises, milieu scolaire Communes	Education des parents sur cette question. Des distributeurs de "bons produits" en collectif. Un plan d'urbanisation adéquat
Agir sur les prix au moyen de taxes et subventions	Impacts contradictoires : Des résultats modestes pour des taxes importantes Taxe de +10% des produits sucrés = -25% de l'obésité infantile, -28% du surpoids des enfants, -14% de l'obésité des femmes Populations défavorisées : subventionner les F&L est plus efficace que taxer les produits gras et sucrés Résultats significatifs pour les faibles revenus, les enfants et les jeunes, les populations à risque d'obésité Les subventions modifient les achats, mais pas forcément la consommation ou le poids corporel (avéré)	Pays	Effet significatif au-delà d'un seuil et accompagnement de campagnes d'information massives Une association de taxes sur certains produits, et de subventions sur d'autres
Réglementer l'étiquetage nutritionnel	Impact difficile à évaluer de l'étiquetage nutritionnel sur l'IMC : utilisation sélective par les "bien portants" Agit relativement bien pour le gras et le fer Risque d'association entre santé et moindre qualité organoleptique	Pays	Maintien d'une information pour les 21% de Français qui la lisent. Clarification des données scientifiques associée à une capacité d'application concrète et motivante Extension de l'étiquetage à la restauration (y compris dans les cantines) et aux plats transformés
Aides directes à la consommation (bons alimentaires)	Peu d'évaluations Réduit les inégalités pour les F&L	Pays, collectivités territoriales, établissements ou entreprises	Une offre accessible (marchés par exemple) doublée de conseils à la personne
Contrôler la publicité	Lien avéré en conditions expérimentales entre exposition répétée à la publicité et fréquences de consommation Estimations basées sur des analyses économétriques : suppression de la publicité = -10% d'enfants en surpoids	Pays	Une régulation de la publicité en faveur des produits gras et/ou sucrés et durant les programmes à destination des enfants La télévision comme outil éducatif
Agir sur l'offre industrielle en améliorant la qualité des produits	Peu de travaux rigoureux publiés pour mesurer l'impact - Autorégulation des entreprises : effets limités - Intervention publique réglementaire : effet important - Co-régulation public/privé rarement évalué	Entreprises Pays	- Des petites modifications mais touchant de nombreux paramètres - Interdiction des acides gras trans aux EU par exemple - Partenariats public/privé permettant une synergie des compétences
Agir sur les portions et le packaging des produits	La taille des contenants et des portions influence le niveau de consommation au foyer et hors foyer. La demande se focalise sur les tailles intermédiaires.	Entreprises	Réduction de l'éventail des portions et des tailles des contenants Développement de l'offre de petites portions dans la restauration

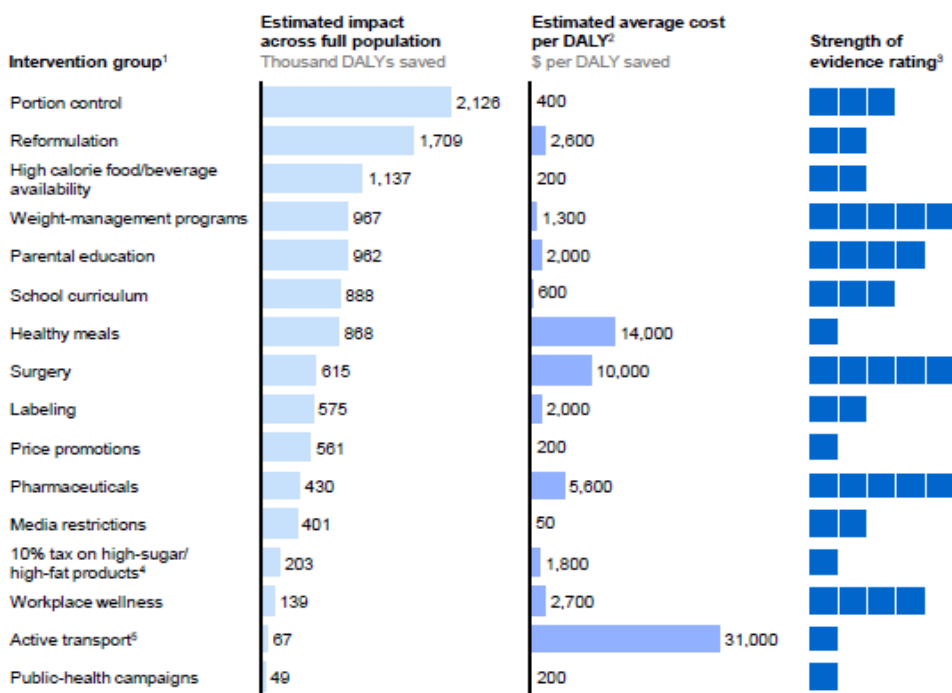
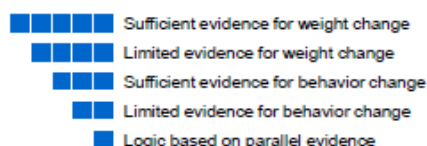
PIÈCE JOINTE 3 : SCHÉMA EXTRAIT DU RAPPORT, MCKINSEY GLOBAL INSTITUTE, NOVEMBER 2014, P. 5.

McKinsey Global Institute
Overcoming obesity: An initial economic analysis

Exhibit E3

There is considerable scope to have high impact on obesity in a cost-effective way

Cost-effectiveness and impact of obesity levers, United Kingdom



1 Includes only non-overlapping levers in each category. Where two levers overlapped, such as plain and engaging labeling or gastric banding and bariatric surgery, the higher-impact lever was chosen.
 2 Impact and cost over lifetime of 2014 population; uses UK-specific cost-effectiveness calculated using GDP and World Health Organization methodology.
 3 Based on the evidence rating system of the Oxford Centre for Evidence-Based Medicine.
 4 All intervention impact modeling was subject to scalable assumptions on potential reach. Tax levers are also subject to scalability of levy incurred. In this case, MGI modeled a 10 percent tax on a set of high-sugar and high-fat food categories, based on empirical precedents and size of levy often studied. It is scalable, and impact would increase close to directly with increase in levy.
 5 Impact assessed here is only from reduced body mass index (BMI), not full health benefits of some interventions (e.g., cardiovascular health, mental health). For example, active transport health benefits are higher when all of these benefits are taken into account.

NOTE: We do not include health-care payors because this is a less relevant intervention in the United Kingdom context. There are insufficient data to quantify urban-environment interventions.

SOURCE: Literature review; expert interviews; McKinsey Global Institute analysis

PIÈCE JOINTE 4 : TABLEAU DES TAXES ET DROITS PORTANT SPÉCIFIQUEMENT SUR LES PRODUITS AGRO-ALIMENTAIRES

Tableau extrait du *rapport d'information sur la taxation des produits agroalimentaires*, Assemblée nationale, N°3868, 22 juin 2016.

21 TAXES ET DROITS PORTANT SPÉCIFIQUEMENT SUR LES PRODUITS AGRO-ALIMENTAIRES

Taxe	Base légale	Produit attendu en 2016 (en millions d'euros)	Bénéficiaire	Tarif/taux et assiette			Redevable	Nombre de redevables	Date de création
Taxes sur les PRODUITS AGROALIMENTAIRES									
<i>(autres que les taxes sur les boissons)</i>									
Taxe spéciale sur les huiles végétales destinées à l'alimentation humaine	Art. 1609 <i>vicies</i> du CGI	125	CCMSA	Nature de l'huile	Euros pour 100 kg	Euros par hl	Producteurs, importateurs, personnes réalisant une acquisition intra-communautaire	597	1963
				Olive	18,896	17,013			
				Arachide et maïs	17,013	15,490			
				Colza et pépins de raisins	8,716	7,936			
				Autres	14,844	12,941			
				Coprah et palmiste	11,324				
				Palme	10,371				
				Animaux marins (espèces protégées)	18,896				
				Taux forfaitaire pour produits préparés importés : de 0,49 à 12,64 euros pour 100 kg net					
Taxe portant sur la quantité de farines semoules et gruaux de blé en vue de la consommation humaine	Art. 1618 <i>septies</i> du CGI	64	CCMSA	15,24 euros par tonne			Meuniers, opérateurs qui procèdent à l'introduction des produits sur le territoire, importateurs	480 (380 meuniers et 100 biscuitiers)	1962
Taxe sur les céréales	Art. 1619 du CGI	18	France Agri Mer	0,36 euro par tonne ; ce tarif bénéficie d'une réfaction en fonction du taux d'humidité et du taux d'impuretés diverses			Collecteurs agréés, producteurs grainiers	1 212	2003
Taxe sur les produits de la mer	Art. 75 de la LFR pour 2003	4	France Agri Mer	0,20 % du montant HT ou de la valeur des produits destinés à la conserve ou à la semi-conserve			Armateurs et premiers acheteurs, importateurs	n.c.	1991

				0,27 % pour les autres produits				
Taxe pour le développement de l'industrie de la conservation des produits agricoles	Art. 72 de la LFR pour 2003	3	Centre technique de la conservation des produits agricoles (CTCPA)	0,12 % du CA HT des ventes de produits transformés d'origine végétale ; 0,06 % pour les produits d'origine animale	Fabricants de produits alimentaires conservés	1 063	2003	
Taxe pour le développement de l'industrie de la transformation des corps gras végétaux et animaux	Art. 137 de la loi de finances pour 2016	n.c.	Institut des corps gras (ITERG)	0,25 euro par tonne de produits commercialisés (huiles végétales vierges et brutes, huiles raffinées, margarines et matières grasses tartinables, suifs et saindoux)	Vendeurs, importateurs et exportateurs (hors EEE)	n.c.	2015	
Droit sur les produits bénéficiant d'une appellation d'origine ou d'une indication géographique protégée	Art. L. 642-13 du code rural et de la pêche maritime	7	Institut national de l'origine et de la qualité (INAO)	Appellation d'origine		Opérateurs habilités	n.c.	1935
				Vins	0,15 euro / hl			
				Autres boissons alcoolisées	0,12 euro / hl			
					ou 1,20 euro / hl d'alcool pur			
				Produits agroalimentaires ou forestiers d'appellation d'origine	10 euros / t			
				Indication géographique protégée				
				Produits vitivinicoles	0,03 euro / hl			
				Autres boissons alcoolisées	0,07 euro / hl			
					ou 0,75 euro / hl d'alcool pur			
				Autres produits	7,50 euros / t			
Label rouge								
Boissons alcoolisées (autres que les produits vitivinicoles bénéficiant d'une IGP)	0,07 euro / hl							
	ou 0,75 euro / hl d'alcool pur							
Autres produits	7,50 euros / t							

<i>Taxes sur les BOISSONS NON ALCOOLIQUES</i>							
Contribution sur les boissons sucrées	Art. 1613 <i>ter</i> du CGI	313	CCMSA	7,53 euros par hectolitre de boissons contenant des sucres ajoutés, conditionnées dans des récipients destinés à la vente au détail	Fabricants, importateurs, personnes réalisant une acquisition intra-communautaire	n.c.	2011
Contribution sur les boissons édulcorées	Art. 1613 <i>quater</i> du CGI	58	CCMSA	7,53 euros par hectolitre de boissons contenant des édulcorants de synthèse et ne contenant pas de sucres ajoutés, conditionnées dans des récipients destinés à la vente au détail	Fabricants, importateurs, personnes réalisant une acquisition intra-communautaire	n.c.	2011
Contribution sur les boissons énergisantes	Art. 1613 <i>bis A</i> du CGI	3	CNAMTS	103,02 euros par hectolitre de boisson contenant plus de 220 milligrammes de caféine par litre	Fabricants, importateurs personnes réalisant une acquisition intra-communautaire	n.c.	2013
Droit spécifique sur les boissons non alcooliques	Art. 520 A I <i>b</i> du CGI	75 ⁽¹⁾ ⁽²⁾	CCMSA	0,54 euro par hectolitre d'eau, de boisson gazeifiée ou non, à l'exception des sirops et des jus de fruits et de légumes et des nectars de fruits	Fabricants, exploitants de sources, importateurs, personnes réalisant une acquisition intra-communautaire	n.c.	1945
Surtaxe facultative sur les eaux minérales	Art. 1582 du CGI	22	Communes	0,58 euro par hectolitre d'eau minérale mise à la consommation, au maximum	Exploitants de sources	42	1920

Taxes sur les ALCOOLS ET BOISSONS ALCOOLIQUES								
Droits de consommation sur les alcools	Art. 403 du CGI	2 214	CCMSA	869,27 euros par hectolitre d'alcool pur pour le rhum des DOM, dans la limite de 120 000 hectolitres d'alcool pur par an	Fabricant, entrepositaire agréé, importateur, représentant fiscal des opérateurs établis dans un autre État membre de l'UE	n.c.	n.c.	
				1 737,56 euros par hectolitre d'alcool pur pour les autres produits				
Droit réduit pour les bouilleurs de cru	Art. 317 du CGI	n.c.	CCMSA	869,27 euros par hectolitre d'alcool pur, dans la limite d'une production de 10 litres d'alcool pur par campagne, non commercialisables, par dérogation	Identique au droit de consommation sur les alcools	n.c.	n.c.	
Droit de consommation sur les bières	Art. 520 A I a du CGI	863 ⁽¹⁾⁽²⁾	CCMSA	3,70 euros par degré alcoométrique, par hectolitre, pour les bières dont le titre alcoométrique est inférieur à 2,8 % en volume, et par dérogation pour les bières produites par les petites brasseries indépendantes (200 000 hectolitres par an maximum), dont le titre alcoométrique excède 2,8 %	Fabricant, entrepositaire agréé, importateur, représentant fiscal des opérateurs établis dans un autre État membre de l'UE	3 278	n.c.	
				7,41 euros par degré alcoométrique, par hectolitre, pour les autres bières				
Droit de consommation sur les produits intermédiaires (<i>boissons qui ont un titre alcoométrique volumique acquis entre 1,2 et 22 % et qui ne sont pas des bières, des vins, des vins mousseux, des cidres ou des hydromels</i>)	Art. 402 bis du CGI	75	CCMSA	47,11 euros par hectolitre pour les vins doux naturels à appellation d'origine contrôlée et les vins de liqueur	Fabricant, entrepositaire agréé, importateur, représentant fiscal des opérateurs établis dans un autre État membre de l'UE	3 391	1993	
				188,41 euros par hectolitre pour les autres produits				
Droit de circulation sur les vins, poirés et hydromels	Art. 438 du CGI	124	CCMSA	9,33 euros par hectolitre pour les vins mousseux	Fabricant, entrepositaire agréé, importateur,	27 656	1945	
				3,77 euros par hectolitre pour les vins tranquilles et pour les autres produits fermentés autres que le vin et la bière				

				1,33 euro par hectolitre pour les cidres, poirés et hydromels	représentant fiscal des opérateurs établis dans un autre État membre de l'UE		
Cotisation spéciale sur les boissons alcooliques <i>(pour les boissons ayant une teneur en alcool supérieure à 18 % en volume)</i>	Art. L. 245-7 à L. 245-12 du CSS	725 ⁽¹⁾	CCMSA	557,90 euros par hectolitre d'alcool pur pour les alcools	Importateur, entrepositaires agréés, destinataires enregistrés, les représentants fiscaux des opérateurs établis dans un autre État membre de l'UE	n.c.	n.c.
				47,11 euros par hectolitre d'alcool pur pour les produits intermédiaires			
				18,85 euros par hectolitre d'alcool pur pour les vins			
				2,96 euros par degré alcoométrique, par hectolitre, pour les bières			
				1,48 euro par degré alcoométrique, par hectolitre, pour les bières produites par une petite brasserie			
Taxe sur les boissons dites « premix » ⁽³⁾ <i>(toute boisson issue : d'un mélange préalable entre une boisson alcoolique et une boisson ayant un titre alcoométrique inférieur à 1,2 % en volume, ou : d'un ou plusieurs produits alcooliques)</i>	Art. 1613 bis du CGI	1	CNAMTS	11 euros par décilitre d'alcool pur Assiette : titre alcoométrique compris entre 1,2 % et 12 % en volume des boissons concernées	Fabricant, entrepositaire agréé, importateur, représentant fiscal des opérateurs établis dans un autre État membre de l'UE	33	1996
Taxe spéciale sur le sucre utilisé au sucrage en première cuvée (taxe sur la chaptalisation)	Art. 422 et 564 du CGI	3	Budget général	13 euros par centaine de kilogrammes de sucre ajouté à la vendange par hectare de vigne	Viticulteurs pratiquant la chaptalisation	6 087	1964

<i>Taxe sur les DÉPENSES PUBLICITAIRES</i>							
Contribution perçue au profit de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)	Art. 1609 <i>octovic</i> <i>es</i> du CGI Art. L. 2133-1 du code de la santé publique	1	Inpes	1,5 % du montant des sommes destinées à l'émission et à la diffusion des messages publicitaires en faveur de boissons avec ajouts de sucres, de sel ou d'édulcorants de synthèse ou de produits alimentaires manufacturés qui ne contiennent pas d'information à caractère sanitaire	Annonceurs et promoteurs	16	2004

(1) Ces données proviennent d'une note transmise par la DGDDI à l'automne 2015, et sont relatives à l'exécution 2014.

(2) Le produit attendu pour 2016 de l'ensemble des taxes visées à l'article 520 A du CGI s'élève à 904 millions d'euros (950 millions en exécution 2014).

(3) Les boissons « *premix* » sont des boissons issues du mélange d'une boisson alcoolisée et d'une boisson non-alcoolisée (qui bénéficient souvent d'une présentation spécifique).

Sources : Légifrance, DGDDI, DLF et PLF 2016 – Voies et moyens