

RAPPORT

Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique

dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé

1ère Partie : **Mesures concernant la Prévention nutritionnelle**

Rapport rédigé par

Pr Serge Hercberg

PU-PH Nutrition,

Université Paris 13/Département de Santé Publique Hôpital Avicenne Bobigny)

Directeur Unité de Recherche en Epidémiologie Nutritionnelle,

U557 Inserm/Inra/Cnam/Université Paris 13

Président du Programme National Nutrition Santé

PNNS 2001-2005, 2006-2010, 2011-2015

Avec l'aide du Dr Chantal Julia (Assistante Hospitalo-Universitaire, Université Paris 13/Département de Santé Publique, Hôpital Avicenne, Bobigny)

15 novembre 2013

Introduction générale

Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé nous a confié, le 12 juillet 2013, la mission de faire des propositions concrètes destinées à donner un nouvel élan au Programme National Nutrition Santé (PNNS, qui est à mi-parcours de son 3ème volet 2011-2015) et au Plan Obésité (PO 2010-2013, arrivé à son terme en Juin 2013).

Cette demande s'inscrit dans les actions de la « stratégie nationale de santé publique » visant prioritairement la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé avec un accent particulier porté à la jeunesse et aux populations vulnérables.

Nous présentons un rapport en deux parties distinctes.

La première partie du rapport consacrée à la prévention nutritionnelle a été rédigée sous la responsabilité du Pr Serge Hercberg. La finalité des propositions sur la prévention est de réduire les facteurs de risque et promouvoir les facteurs de protection des maladies chroniques, d'accroître l'espérance de vie en bonne santé, de réduire les inégalités sociales dans le domaine de la santé et de réduire les coûts de santé, dans le cadre de la politique nutritionnelle de santé publique française. Les mesures proposées dans la première partie de ce rapport sont destinées à :

- améliorer la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire et faciliter l'accessibilité physique et économique à des aliments de meilleure qualité nutritionnelle, pour tous et notamment pour les populations les plus fragiles,
- aider les consommateurs à orienter leurs choix au moment de l'acte d'achat vers des aliments de meilleure qualité nutritionnelle et réduire la pression du marketing orientant vers la consommation d'aliments de moins bonne qualité nutritionnelle,
- favoriser la pratique d'une activité physique pour tous,
- garantir un dépistage et une prise en charge optimale des problèmes nutritionnels,
- faire de la nutrition-santé un atout pour l'innovation dans le domaine de l'alimentation.

La seconde partie de ce rapport, consacrée à la prise en charge des maladies liées à la nutrition, a été rédigée sous la responsabilité du Pr Arnaud Basdevant. Les enjeux autour des maladies chroniques sont considérables. La nutrition joue un rôle majeur dans la prise en charge médicale des maladies chroniques. Elle en est un élément thérapeutique important et un facteur pronostic. Il est donc apparu indispensable d'élargir la réflexion et les propositions sur les soins au-delà de la seule question de l'obésité. Une attention particulière a été portée à la malnutrition et aux désordres alimentaires chez les jeunes, à la dénutrition à tous les âges. Les mesures proposées visent à la gradation et la coordination des prises en charge nutritionnelles au service du parcours de soin de la personne. Ceci suppose une évolution des métiers, des organisations, des pratiques au profit d'une vision pluriprofessionnelle incluant des acteurs hors cadre du soin.

Pr Serge Hercberg

Pr Arnaud Basdevant

1ère Partie :

**Mesures concernant la Prévention
nutritionnelle**

Pr Serge Hercberg

Sommaire Partie 1 - Prévention nutritionnelle

INTRODUCTION GENERALE	1
SOMMAIRE PARTIE 1 - PREVENTION NUTRITIONNELLE.....	3
AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	6
1. L'état des lieux	7
1.1. Le contexte et les enjeux de santé publique: les coûts humains, sociaux et économiques des maladies chroniques liées à la nutrition.....	7
1.2. Le développement d'une politique nutritionnelle de santé publique en France : une dynamique durable depuis plus de 10 ans.....	9
1.3. La mise en place de la Stratégie Nationale de Santé en 2013 : la contribution de la nutrition.....	13
1.4 La place de la politique nutritionnelle française dans le contexte international et les politiques mises en place dans les autres pays industrialisés.....	14
2. Les options stratégiques retenues.....	16
2.1. Des propositions nouvelles, inscrites dans la stratégie nationale de santé, relevant d'une prise de décisions au niveau national et venant compléter les actions déconcentrées.....	16
2.2. Des propositions qui nécessitent des vraies ruptures de paradigme par rapport aux bases scientifiques permettant de décider de les mettre en œuvre.....	18
2.3. Des mesures s'appuyant sur des réglementations en complément des actions incitatives en cours	21
3. Les méthodes d'élaboration des propositions.....	29
4. Les propositions de mesures dans le domaine de la prévention.....	31
<i>Proposition 1</i>	31
Mesure n°1 Pérenniser le PNNS (en intégrant le PO) en tant que programme de santé publique dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé. Amplifier ses actions visant à lutter contre les inégalités sociales de santé et ciblés vers la jeunesse. Réviser sa gouvernance.....	31
<i>Proposition 2</i>	40
Mesure n°2 Mettre en place un système d'information nutritionnelle unique sur la face avant des emballages des aliments : « l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS ».....	43
Mesure n°3 La régulation de la publicité en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments	54
Mesure n°4 Une taxe (couplée à une réduction de la TVA) en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments	64
<i>Proposition 3</i>	81
Mesure n°5 Offrir à tous (et notamment aux populations défavorisées) les conditions favorables pour pratiquer une activité physique et sportive	81
Mesure n°6 Améliorer l'accessibilité à l'eau	84
Mesure n°7 Améliorer l'offre alimentaire dans les distributeurs automatiques de produits alimentaires	85
Mesure n°8 Réglementer la teneur en sel et en fibres du pain et des produits de panification	86

Mesure n°9 Distribution de coupons « fruits et légumes » et « coupons sport » aux populations défavorisées.....	90
Mesure n°10 Implantation de marchés et de jardins communautaires dans les zones défavorisées..	94
Mesure n°11 Interdire les promotions au volume pour des aliments et boissons dont la qualité nutritionnelle est considérée comme défavorable à la santé	96
Mesure n°12 Dans le cadre de la réforme des rythmes scolaires, utiliser le temps périscolaire pour faire faire de l'activité physique, promouvoir l'éveil au goût et éduquer à la lecture du système d'information nutritionnelle (échelle de qualité nutritionnelle du PNNS).....	96
Mesure n°13 Promouvoir la diversité de l'image du corps (interdiction des retouches de photo dans les magazines et journaux et de faire défiler des mannequins avec IMC < 19) et donner un cadre juridique de protection des personnes obèses (pénalisation de la discrimination)	97
Mesure n°14 Campagnes de communication gratuites pour l'INPES sur les chaînes de TV publiques et privées	97
Mesure n°15 Fournir les moyens aux structures concernées de mettre en place l'évaluation des mesures mises en place et l'atteinte des objectifs du PNNS.....	98
 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	 99
 RESUME DES MESURES CONCERNANT LA PREVENTION NUTRITIONNELLE.....	 117

Avant-Propos

Je remercie les personnalités que j'ai auditionnées qui m'ont aidé dans ma réflexion (par ordre alphabétique):

Olivier Andrault (UFC Que Choisir), **Dominique Baelde** (DGCCRF), **Arnaud Basdevant** (Université Pierre et Marie Curie, Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière Charles Foix), **Eric Bertin** (CHU de Rennes Président Collège des Enseignants de Nutrition), **Céline Bonnet** (Toulouse School of Economics, GREMAQ-INRA), **François Bourdillon** (CHU Pitié/Salpêtrière, Président de la commission prévention du Haut Conseil de la Santé Publique), **Jean-Louis Bresson** (Hôpital Necker-Enfants Malades), **Serge Briançon** (Ecole de Santé Publique Nancy), **Gérard Brochoire** (Institut National de la Boulangerie et de la Pâtisserie), **Katia Castetbon** (Unité de Surveillance en Epidémiologie Nutritionnelle, Institut de Veille Sanitaire), **Christine Cesar** (Direction de l'animation des territoires et des réseaux, INPES), **Hélène Charreire** (Lab'URBA, Département de Géographie, Université Paris Est Créteil Val de Marne), **Christine Cherbut** (Directrice Scientifique Alimentation, INRA), **André Cicollela** (INERIS, Verneuil en Halatte), **Nicole Darmon** (UMR Inra 1260/Inserm U 476/Universités Aix-Marseille I et II), **Mathieu De Labarre** (Centre Emile-Durkheim-Science politique et sociologie comparatives, CNRS - Université Victor Ségalen Bordeaux 2), **Adam Drewnowski** (Université de Washington, USA), **Fabrice Etilé** (Inra U1303 ALISS, Alimentation et sciences sociales, Ivry sur Seine), **Karine Gallopel** (École des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes), **Jean-Philippe Girard** (Président de l'ANIA), **Anne-Sylvie Joly** (CNAO), **Jean-Luc Grillon** (médecin conseiller DRJSCS de Champagne-Ardenne), **Martine Laville** (CRNH Rhône Alpes), **Thanh Le Luong** (Directrice de l'INPES), **Pierre Lombrail** (Département de Santé Publique, Hôpital Avicenne), **Irène Margaritis** (chef de l'unité d'évaluation des risques liés à la nutrition à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, ANSES), **Ambroise Martin** (Expert auprès de l'EFSA), **Jean-Michel Oppert** (CHU Pitié Salpêtrière, Paris), **Charles Pernin** (CLCV), **Sandrine Raffin** (Agence Linkup), **Monique Romon** (CHU Lille, Présidente de la Société Française de Nutrition, SFN), **Bernard Ruffieux** (INRA/ Ecole Polytechnique Grenoble), **Chantal Simon** (CRNH Rhône-Alpes), **Louis-Georges Soler** (Inra U1303 ALISS, Alimentation et sciences sociales, Ivry sur Seine), **Hélène Thibault** (ISPED Bordeaux), **Dominique Turck** (CHU de Lille), **Jean-Fabien Zazzo** (Hôpital Antoine Beclère), et l'Equipe de Recherche en Epidémiologie Nutritionnelle (Inserm / Inra / Cnam / Université Paris 13), Centre de Recherche en Epidémiologies et Biostatistiques Sorbonne Paris Cité : **Paule Martel** (DR Inra), **Emmanuelle Kesse** (CR Inra), **Valentina Andreeva** (MCF UP13), **Mathilde Touvier** (CR Inserm), **Pilar Galan** (DR Inra), **Caroline Méjean** (CR Inra).

Les propositions faites dans ce rapport n'engagent en aucun cas les experts scientifiques ou les représentants de la société civile consultés.

Je remercie tout particulièrement **Chantal Julia** (Assistante Hospitalo-Universitaire UP13/Hôpital Avicenne) qui m'a accompagné tout au long de la préparation de ce rapport. Son apport sur le plan scientifique et de la santé publique a été précieux pour sa rédaction.

Serge Herberg

Introduction

Pour répondre à la demande de la ministre, un certain nombre de choix méthodologiques et stratégiques ont été faits prenant en considération:

- 1) le contexte spécifique et les enjeux de santé publique auxquels nous sommes actuellement confrontés en France,
- 2) la dynamique de la politique nutritionnelle de santé publique développée en France depuis 2001, avec ses avancées et ses limites,
- 3) la mise en place de la Stratégie Nationale de Santé en septembre 2013,
- 4) le positionnement de la politique nutritionnelle française dans le contexte international,
- 5) la littérature scientifique existante et l'état des réflexions menées au cours des dernières années par les Comités d'Experts en charge d'élaborer les politiques de santé publique dans les autres pays industrialisés et les organisations internationales.

La nutrition (alimentation et activité physique) est un déterminant majeur de la santé et notamment des pathologies chroniques qui constituent, aujourd'hui, les enjeux majeurs de santé publique auxquels est confrontée la France, comme de nombreux pays dans le monde. Ces maladies liées à la nutrition sont un facteur d'inégalités sociales de santé. Sur la base de nombreux travaux scientifiques, des recommandations nutritionnelles sont proposées par différentes organisations internationales et reprises par des Comités d'Experts nationaux pour prévenir les maladies chroniques. En effet les coûts humains, sociaux et économiques de ces pathologies sont considérables, or la nutrition est parmi les facteurs déterminants de ces maladies multifactorielles, un facteur sur lequel il est possible d'agir au niveau individuel et collectif.

En France, des améliorations certaines ont été obtenues depuis l'instauration du PNNS en 2001 (et du PO en 2010, voir rapport du Pr Arnaud Basdevant). Pourtant ces progrès au niveau de l'ensemble de la population masquent des disparités sociales qui ont eu tendance à s'aggraver.

Une nouvelle impulsion et de nouvelles mesures s'imposent pour améliorer la situation nutritionnelle de l'ensemble de la population, réduire les inégalités sociales dans le domaine de la nutrition et répondre aux enjeux préventifs et thérapeutiques des maladies chroniques. A côté des actions de communication et d'information, destinées à orienter la population vers des comportements plus favorables à la santé, il apparaît indispensable, notamment pour lutter contre les inégalités sociales de santé, d'agir efficacement sur l'offre alimentaire, l'offre d'activité physique et l'offre de soins.

1. L'état des lieux

1.1. Le contexte et les enjeux de santé publique: les coûts humains, sociaux et économiques des maladies chroniques liées à la nutrition

Au cours des 30 dernières années, de nombreux travaux scientifiques fondamentaux, cliniques et épidémiologiques ont mis en évidence le rôle des facteurs nutritionnels (intégrant l'alimentation et l'activité physique) dans le déterminisme des principales maladies chroniques en France comme dans l'ensemble des pays industrialisés et désormais dans les pays émergents. Ces maladies chroniques, constituent la première cause de mortalité à l'échelle de la planète (*Alwan et al., 2011*). Leur prévalence ne cesse d'augmenter: en 2020, près de 50 % de la population nord-américaine aura au moins une maladie chronique (*Wolff et al., 2002*). Les conséquences de ces pathologies sont majeures au niveau des individus, mais également en termes de dépenses de santé et de productivité (*Giorda et al., 2011, Oldridge, 2008, Scarborough et al., 2011, Tarride et al., 2012, Zhuo et al., 2012*). La perte de production associée à 5 grandes maladies chroniques dans le monde (cancer, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires chroniques, diabète et santé mentale) a été estimée à 47 000 milliards de dollars pour la période 2011-2030 (*Bloom et al., 2011*).

En France, les maladies chroniques dans lesquelles les facteurs nutritionnels sont impliqués constituent également des enjeux majeurs de santé publique :

- 365 500 nouveaux cas de cancers en 2011 (*ouvrage collectif édité par l'Inca, 2012*) représentent un coût pour la Sécurité Sociale estimé, en 2010, à 13,2 milliards d'euros (*Observatoire sociétal des cancers, 2012*),
- les maladies cardiovasculaires (MCV), 2ème cause de mortalité (*DREES, 2011*), sont à l'origine de près de 180 000 décès par an (32 % des décès), dont 25 % affectent des personnes de moins de 75 ans. Les coûts directs et indirects des MCV représentaient en 2008, 28,7 milliards d'euros. Le coût de prise en charge des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) en 2007 était de 5,3 milliards d'euros. La perte de productivité liée aux AVC est estimée à 255,9 millions d'euros par an (*Chevreur et al., 2013*),
- la prévalence du diabète traité pharmacologiquement est estimée par l'Assurance maladie à 3,95 % en 2007 (*Fagot-Campagna et al., 2010*). Ce pourcentage correspond à 2,5 millions de personnes diabétiques traitées, représentant 12,5 milliards d'euros en termes de dépense de santé,
- l'obésité concerne 17 % des adultes (*Castetbon et al., 2009*) avec des coûts de santé estimés à 4 milliards d'euros par an (estimation pour l'année 2008),
- 3 millions de femmes souffrent d'ostéoporose (*HAS, 2006*). Les fractures du col du fémur ont conduit à 73 500 séjours hospitaliers chez les plus de 65 ans en 2008 (*DREES, 2011*). Le coût des hospitalisations liées à l'ostéoporose était estimé, en 2008, à 415 millions d'euros pour les coûts directs d'hospitalisation et de 331 millions pour les coûts directs de rééducation (*Maravic et al., 2012*).

La nutrition joue également un rôle dans de nombreuses autres maladies ayant un coût humain, social et économique important: pathologies digestives, ostéo-articulaires, thyroïdiennes, dermatologiques, neurologiques (déclin cognitif)...

Toutes ces maladies chroniques sont multifactorielles, déterminées par des facteurs génétiques, biologiques, environnementaux et comportementaux. S'il est difficile de mesurer précisément le poids relatif des facteurs nutritionnels, de nombreux arguments suggèrent qu'il est important. Quelques exemples illustrent ce point :

- Selon l'OMS (*World Health Organization, 2009*), 25,2 % de la mortalité totale dans le monde est attribuable à une combinaison de facteurs de risque d'origine nutritionnelle, chacun représentant une part importante à lui seul de cette mortalité: hypertension artérielle (16,8 %), surpoids et obésité (8,4 %), sédentarité (7,7 %), glycémie élevée (7 %), cholestérol élevé (5,8 %) et apports faibles en fruits et légumes (2,5 %). Huit des 10 premiers facteurs de risques qui contribuent à l'augmentation du nombre des années de vie avec une pathologie sont en grande partie liés à la nutrition: hypertension artérielle (excès de consommation de sel), obésité, faible consommation de fruits et légumes, inactivité physique, hypercholestérolémie, hyperglycémie, consommation d'alcool (les autres facteurs principaux étant le tabac et la pollution de l'air).
- Le World Cancer Research Fund, WCRF (en collaboration avec l'American Institute for Cancer Research, AICR), à partir d'un modèle s'appuyant sur des travaux réalisés aux USA, au Royaume Uni, au Brésil et en Chine, estime qu'environ 1/3 des cancers les plus fréquents pourraient être évités grâce à la prévention nutritionnelle dans les pays développés et 1/4 dans les pays en voie de développement. La part des cancers évitables par la nutrition atteindrait pour les pays industrialisés des chiffres plus élevés pour certaines localisations spécifiques : plus de 65 % pour les cancers des voies aéro-digestives hautes, 50 % pour les cancers colo-rectaux, plus de 45 % pour le col de l'utérus... (*World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research, 2007, World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research, 2009*).
- Il existe une relation dose-effet directe entre la consommation de sel et la tension artérielle. La baisse de la consommation de sel réduit le risque à long terme d'événements cardiovasculaires et d'accidents vasculaires cérébraux. Il est estimé que la diminution de cette consommation (passant de 10 à 5 g par jour) permettrait de réduire le taux global d'accidents vasculaires cérébraux de 23 % et les taux de maladies cardiovasculaires de 17 % (*WHO Europe, 2011b*). Une étude de simulation réalisée aux USA (*Bibbins-Domingo et al., 2010*) estime, qu'une diminution de l'apport en sel de 3 g/j dans l'ensemble de la population, réduirait de 60 000 à 120 000 le nombre annuel des nouveaux cas de maladies coronariennes, de 32 000 à 66 000 celui des d'accidents vasculaires cérébraux et de 54 000 à 99 000 les infarctus du myocarde. Les économies obtenues en termes de dépenses de santé seraient entre 10 et 24 milliards de dollars par an pour les USA.

- Une relation dose-réponse a également été mise en évidence entre le niveau d'activité physique/condition physique et la prévention de 7 maladies chroniques. La comparaison des groupes de sujets les plus actifs/en meilleure condition physique aux groupes les moins actifs/en moins bonne condition physique a permis d'estimer des réductions du risque de survenue de ces maladies de 33 % pour les maladies cardiovasculaires, 31 % pour les accidents vasculaires cérébraux, 32 % pour l'hypertension, 30 % pour le cancer du côlon, 20 % pour le cancer du sein et 42 % pour le diabète de type 2 (Warburton et al., 2006). Un niveau élevé d'activité physique réduit le risque de mortalité prématurée et de mortalité toutes causes confondues d'environ 31 % par rapport à une absence d'activité, et les bénéfices sur la santé augmentent avec le volume et/ou l'intensité de l'activité (Warburton et al., 2010).

Compte-tenu du rôle des facteurs nutritionnels dans le risque ou la protection des maladies chroniques, la question fondamentale posée aujourd'hui dans le monde n'est plus celle du bien-fondé de la place des actions nutritionnelles en santé publique mais celle des stratégies à mettre en place et de l'engagement politique des Etats dans ce domaine. Au niveau international, les organisations (OMS, FAO, ONU, OCDE, Union Européenne) et les groupes de scientifiques (IASO, IOTF, SALT, WCRF...) recommandent unanimement la mise en place et le maintien au long cours de politiques nationales et de stratégies nutritionnelles de santé publique au niveau des Etats.

1.2. Le développement d'une politique nutritionnelle de santé publique en France : une dynamique durable depuis plus de 10 ans

- la mise en place du PNNS

La France a été pionnière dans le monde pour la mise en place d'une politique publique de santé nutritionnelle effective et durable, au travers du lancement en janvier 2001, à la demande du Premier ministre et sous la coordination interministérielle du ministère de la Santé, du Programme National Nutrition Santé (PNNS) (Herberg, 2011). Programmé initialement sur une durée de 5 ans (PNNS1 2001-2005), et prolongé en 2006 pour 5 nouvelles années (PNNS2 2006-2010), le PNNS est entré, depuis septembre 2011 dans sa troisième phase programmée jusqu'en 2015. Il constitue un des plans de santé publique les plus ambitieux dans le domaine de la nutrition en Europe. Le PNNS a pour finalité de promouvoir les facteurs de protection de la santé au travers de l'alimentation et de l'activité physique et de réduire l'exposition aux facteurs de risque au niveau de la population générale et des groupes à risque spécifiques. Dès sa conception le PNNS a inclus clairement le développement de l'activité physique au même titre que l'amélioration de l'alimentation dans ses objectifs.

Depuis le 27 juillet 2010, le PNNS (programme national relatif à la nutrition et à la santé) est inscrit dans le Code de la Santé Publique (Loi n°2010-873, article L3231-1). Selon la

Loi, le programme, élaboré tous les 5 ans 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 (recommandations en matière nutritionnelle et d'activité physique),
- la création d'un environnement favorable au respect des recommandations;
- 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.

Depuis son lancement, le PNNS tend vers des objectifs nutritionnels de santé publique précis et quantifiés, élaborés par des comités d'experts. Leur suivi fait l'objet d'enquêtes nationales. Le PNNS intègre dans un continuum, la prévention primaire, le dépistage, la surveillance et la prise en charge des pathologies nutritionnelles (surcharge et dénutrition). Il s'articule avec différents autres plans de santé publique, notamment les plans cancer, le plan pour la qualité de vie des malades chroniques, les plans nationaux santé environnement, favorisant la synergie et la cohérence des démarches. De façon complémentaire, le plan obésité (PO) articulé avec le PNNS a permis une impulsion spécifique en particulier pour l'organisation territoriale des soins. Le PNNS est également la référence pour le plan national pour l'alimentation (PNA) pour ce qui concerne l'éducation et l'information nutritionnelle ainsi que la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire.

Le PNNS est fondé sur une approche plurisectorielle où les orientations sont décidées conjointement avec les ministères chargés de l'éducation nationale, des affaires sociales, de l'agriculture, de la consommation, de la recherche, et discutées avec les collectivités territoriales, le mouvement associatif et les acteurs économiques. La dimension culturelle, si importante en France lorsqu'il s'agit d'alimentation, est systématiquement prise en compte pour que santé, convivialité et plaisir gustatif convergent. Les actions arrêtées dans le domaine de l'alimentation sont également inscrites dans le programme national pour l'alimentation (PNA) défini à l'article L. 230-1 de la loi n° 2010-874 du 27 juillet 2010 de modernisation de l'agriculture et de la pêche.

- L'évaluation de l'atteinte des objectifs, l'identification des limites des stratégies mises en place

Dès sa conception, le PNNS a programmé l'évaluation de l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé. Des structures de surveillance ont été mises en place, des méthodologies développées et des études organisées pour évaluer l'atteinte des objectifs fixés et mettre en évidence l'évolution de l'état nutritionnel, des habitudes alimentaires, des modes de vie liés à la nutrition et des connaissances et perceptions de la population en matière de nutrition. Ces données ont été collectées par les agences sanitaires nationales en charge de la surveillance, de l'expertise, de la communication et de l'éducation pour la santé (InVS, ANSES, INPES).

La dynamique impulsée au niveau national par le PNNS associé au PO et activement relayée au niveau régional et local a permis des améliorations réelles significatives de l'état nutritionnel de la population française objectivées par divers indicateurs et retrouvées dans différentes études. Certains des objectifs du programme ont été partiellement ou complètement atteints (*Castetbon et al., 2011*). Il apparaît, par exemple, que les Français mangent plus de fruits désormais et consomment moins de sel, du moins en ce qui concerne les adultes. Mais les enfants ne mangent encore pas suffisamment de fruits et de légumes. D'autre part pour d'autres aliments ou groupes d'aliments comme les produits sucrés chez les enfants ou les aliments pourvoyeurs de fibres par exemple, les objectifs de santé publique n'ont pas été atteints.

Concernant les marqueurs de l'état nutritionnel, cliniques et biologiques, là aussi, la situation est contrastée. Les données épidémiologiques mettent en évidence une tendance à la stabilisation des prévalences de surpoids et d'obésité chez les enfants, voire une diminution. La France a été un des tous premiers pays au monde à montrer une tendance favorable de l'évolution de la corpulence des enfants. Cependant persistent de fortes inégalités sociales: les enfants des couches sociales défavorisées ont une probabilité plus forte de présenter une surcharge pondérale. D'autre part les niveaux mesurés des marqueurs du risque cardiovasculaire, précurseurs de maladies chroniques, restent préoccupants, notamment dans les populations défavorisées.

La France se trouve donc dans une situation nutritionnelle moins défavorable que beaucoup d'autres pays européens, mais la situation reste fragile et surtout les inégalités sociales de santé en nutrition tendent à s'aggraver.

Les éléments positifs observés restent contrastés selon les âges, les niveaux d'étude ou de professions, les catégories socioprofessionnelles, etc. Par exemple la consommation de fruits et légumes est 50 % plus élevée et celle de poisson 30 % plus élevée chez les personnes se situant dans les plus hauts revenus par rapport aux plus faibles revenus (*NutriNet-Santé, 2009*). Le point critique reste donc les inégalités sociales de santé en nutrition qui tendent à s'aggraver.

Différentes études (Baromètre Nutrition INPES, Etude NutriNet-Santé), ont mis en évidence une augmentation de la connaissance des recommandations nutritionnelles depuis le lancement du PNNS et ses campagnes de communication (*Castetbon et al., 2011*). Par exemple, 75 à 85 % de la population connaît aujourd'hui le repère de consommation du PNNS sur les fruits et légumes (contre seulement 2,5 % en 2002). Mais seulement 43 % de la population consomme au moins les 5 fruits et légumes recommandés par jour (*Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen), 2007*) et ils ne sont, malgré une amélioration depuis 2006, que 6,2 % dans les populations en grande précarité, bénéficiaires de l'aide alimentaire (*Grange et al., 2013*). Il apparaît clairement que la connaissance des repères de consommation, si elle a considérablement progressé grâce à la communication active du PNNS, n'est pas suffisante pour permettre l'atteinte des objectifs de santé publique et notamment pour les populations les plus vulnérables.

Ainsi, le développement au cours du temps du PNNS a conduit à appréhender les limites des stratégies de santé publique fondées exclusivement sur les déterminants individuels des comportements alimentaires (et d'activité physique) en s'appuyant seulement sur la communication, l'information et l'éducation nutritionnelle. Aussi primordiales soient-elles, ces approches n'agissent pas sur les inégalités sociales de santé en nutrition, voire sont susceptibles de les aggraver (INSERM, 2013). C'est pourquoi le PNNS2 a mis l'accent, dès 2006, sur une stratégie complémentaire à la communication et l'information, orientée sur les déterminants environnementaux des comportements.

En effet, si les consommations alimentaires (ou de pratique d'activité physique) relèvent d'un choix personnel, ce choix est influencé par divers facteurs extérieurs à l'individu selon un schéma causal complexe. Plusieurs niveaux d'influence peuvent ainsi être identifiés : le niveau individuel, l'environnement social proche (familles, amis, parents), l'environnement physique (disponibilité et choix alimentaires dans les écoles, lieux de travail, supermarchés, environnement urbain, pistes cyclables, etc.) et enfin le macro-environnement (marketing alimentaire, normes sociales, structure du marché économique, filières de production alimentaire, régulation gouvernementale...). Chacun de ces niveaux participe et influence les choix alimentaires (et d'activité physique) effectués par les individus (Story et al., 2008). De nombreuses études ont montré que les sujets ayant un accès facilité à une offre alimentaire de meilleure qualité nutritionnelle, ainsi qu'un environnement favorable à l'activité physique avaient tendance à avoir une alimentation plus équilibrée et à pratiquer davantage d'activité physique (Sallis & Glanz, 2009). En résumé, les choix individuels ne peuvent se porter que difficilement vers des aliments de bonne qualité nutritionnelle si l'environnement n'y est pas favorable. L'amélioration de l'environnement alimentaire a pour principal objectif de faire en sorte qu'une alimentation de bonne qualité nutritionnelle soit « l'option optimale par défaut » (Story et al., 2008). Il en est de même pour l'activité physique.

Les politiques publiques doivent chercher à améliorer non seulement les déterminants individuels des comportements alimentaires (et de la pratique d'activité physique), mais aussi intervenir sur leurs déterminants environnementaux.

Dans cette optique, le PNNS a déjà intégré certaines actions visant une modification de l'offre alimentaire et d'activité physique. La finalité de ces actions est d'agir sur l'environnement afin que le choix santé des individus puisse devenir plus aisé pour tous, notamment les populations les plus défavorisées: modification de l'environnement physique pour la pratique d'activité physique, incitation à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments de consommation courante (notamment les produits gras, sucrés ou salés). Le PNNS a ainsi été un vecteur d'influence pour inciter les acteurs concernés (opérateurs économiques, collectivités locales, etc.) à proposer un environnement plus favorable aux choix et pratiques nutritionnelles des individus.

Pour cela, le PNNS2 et dans sa suite le PNNS3 se sont appuyés, quasi exclusivement, sur des mesures incitatives reposant sur des engagements volontaires des acteurs concernés. Or, comme il a été rappelé, les évaluations de l'atteinte des objectifs du PNNS ont montré

que malgré les mesures mises en place, les inégalités sociales et territoriales persistaient, voire s'accroissaient.

Huit ans après le début de leur mise en œuvre, les mesures incitatives, si elles ont permis certaines avancées, ont montré leurs limites en ne parvenant à toucher qu'une part restreinte de l'offre alimentaire. Il est nécessaire de trouver d'autres voies pour accélérer l'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire et favoriser l'accessibilité physique et économique à des aliments de meilleure qualité nutritionnelle, notamment pour les populations les plus fragiles (populations défavorisées, enfants, jeunes). La même stratégie doit être mise en place pour la promotion de l'activité physique. Il s'agit des challenges majeurs pour le futur de la politique nutritionnelle de la France.

1.3. La mise en place de la Stratégie Nationale de Santé en 2013 : la contribution de la nutrition

La nutrition, déterminant majeur de la santé, trouve totalement sa place dans la Stratégie nationale de santé, annoncée par la Ministre de la Santé, le 23 septembre 2013. Cette Stratégie a pour ambition de combattre les injustices et inégalités de santé et d'accès aux soins et d'adapter le système de santé aux besoins des patients, aux mutations liées au développement des maladies chroniques, au fardeau des maladies non transmissibles et au vieillissement de la population. Elle vise à : a) agir sur les déterminants de la santé avec une attention particulière pour les personnes en situation de vulnérabilité sociale, en décroissant le curatif et le préventif, en mobilisant d'autres politiques publiques ; b) mieux organiser les soins et en garantir l'accès à chacun en structurant l'offre de soins de proximité pluriprofessionnelle et en misant sur le développement des parcours de soins ; c) renforcer la recherche et la formation.

Ces orientations fondamentales se retrouvent totalement dans celles défendues par les sociétés savantes de nutrition et de santé publique. Elles ont été initiées dans le cadre du Programme National Nutrition Santé et du Plan obésité et nécessitent d'être renforcées. Certains domaines n'ont manifestement pas été suffisamment développés notamment, dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, celui de la dénutrition et des désordres du comportement alimentaire. Les actions en cours, dans le domaine de la prévention et de la prise en charge de l'obésité entre autres, doivent être complétées et pérennisées. Des mesures plus efficaces, inscrites dans la stratégie nationale de santé sont nécessaires dans le domaine de la prévention nutritionnelle. En termes d'organisation des soins des obstacles restent à lever pour optimiser l'accès aux soins, leur qualité et leur cohérence (c'est l'objet des propositions faite par le Pr Arnaud Basdevant, voir partie 2).

1.4 La place de la politique nutritionnelle française dans le contexte international et les politiques mises en place dans les autres pays industrialisés

a) Le modèle gastronomique et nutritionnel français : une reconnaissance internationale

La France bénéficie au niveau mondial d'une image forte en termes de gastronomie et de traditions culinaires. Le repas gastronomique « à la française » est inscrit au patrimoine mondial de l'UNESCO (UNESCO, 2010). Depuis quelques années, est reconnue également au niveau international l'exemplarité de la politique nutritionnelle française. Le Bulletin de l'OMS d'août 2013 donne en exemple le PNNS notamment pour son volet prévention du surpoids et de l'obésité de l'enfant (Humphreys & Fiankan-Bokonga, 2013). L'OMS met essentiellement en exergue la pluri-sectorialité et la diversité des stratégies mises en œuvre pour atteindre les objectifs fixés: le continuum prévention, dépistage, prise en charge, notamment à l'école; les actions réglementaires relatives à l'offre alimentaire à l'école (restauration, distributeurs, collation), mais aussi la taxe sur les sodas ou les actions d'informations et la conjonction d'interventions sur le volet alimentation et activité physique. L'article souligne aussi l'implication des collectivités territoriales via les chartes villes actives PNNS et le développement d'un axe d'actions autour des inégalités sociales de santé en nutrition. L'OMS rappelle les données sur l'état nutritionnel moyen de la population qui montrent que la France est en position moins défavorable que de nombreux autres pays occidentaux (Humphreys & Fiankan-Bokonga, 2013). Par contre l'ampleur des inégalités sociales dans ce domaine est pointée du doigt par un rapport récent de l'OCDE (OECD, 2011).

L'exemplarité de la France en termes de politique nutritionnelle, soulignée par l'OMS, est un encouragement à poursuivre la dynamique et renforcer les innovations stratégiques mises en œuvre. La reconnaissance tant en termes de gastronomie que de nutrition de santé publique légitime une position française de leadership dans les discussions réglementaires au niveau européen et international, particulièrement pour certaines des nouvelles propositions présentées dans ce rapport qui nécessiteront des discussions au sein des instances de l'Union européenne. Dans ce contexte, la mise en œuvre des nouvelles mesures proposées pourrait avoir, via l'innovation et la valorisation de la qualité nutritionnelle des aliments produits en France, un impact positif pour le secteur économique agro-alimentaire français.

b) Les engagements internationaux de la France dans le domaine de la nutrition de santé publique

La France a signé, le 5 juillet 2013, la Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020 à l'occasion de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS (United Nations, 2011, WHO, 2013). Celle-ci complète et précise la Charte d'Istanbul de lutte contre l'obésité signée en

novembre 2006 et la déclaration de l'Organisation des Nations Unies de septembre 2011 sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (*United Nations, 2011*). La Déclaration de Vienne souligne le besoin de «*maintenir un équilibre adéquat entre une sensibilisation accrue du public et la facilitation des choix sains*» mentionne que «*les bases factuelles montrent clairement qu'il faut créer les conditions dans lesquelles le choix sain est le choix le plus facile. Les politiques doivent se fonder sur les meilleures bases factuelles disponibles, transposées dans la pratique courante*». Elle demande d'instaurer des environnements où l'on pourra manger et boire sainement, et encourager l'activité physique pour tous les groupes de la population par:

- des mesures décisives pour alléger les pressions du marketing d'aliments hautement énergétiques, à teneur élevée en graisses saturées, en acides gras 'trans', en sucres libres ou en sel auprès des enfants, en adoptant des positions communes concernant la reformulation des produits,
- un étiquetage facile à comprendre pour le consommateur et des indicateurs de la composition en nutriments, qui facilitent un choix sain,
- le recours à des outils et incitants économiques pour promouvoir l'alimentation saine en fonction du contexte national,
- une collaboration intersectorielle pour faciliter les choix alimentaires plus sains, avec prise en considération des inégalités socioéconomiques – dans les contextes tels que les écoles, les jardins d'enfants, les crèches, les hôpitaux et les lieux de travail – par exemple, des programmes pour la consommation de fruits et de repas à l'école,
- des programmes efficaces à différents niveaux de pouvoir, en mettant l'accent sur les communautés locales et sur le rôle des collectivités locales, afin de promouvoir des régimes alimentaires sains, d'encourager l'activité physique et de prévenir l'obésité infantile.

c) la convergence et la cohérence des rapports d'experts en charge de proposer des recommandations de santé publique

Depuis 2010 (pour ne parler que des plus récents), de nombreux groupes d'Experts se sont réunis pour proposer des pistes d'actions et des recommandations dans le domaine de la prévention nutritionnelle de l'obésité et des maladies chroniques, à la demande des gouvernements de différents pays (UK, Australie, USA, Nouvelle-Zélande, Danemark, Canada...) ou d'organisations internationales (OMS, IASO, IOTF, WCRF, Nations Unies...). Les recommandations proposées par ces différents Comités en vue d'être appliquées au niveau des Etats, s'appuient sur des analyses complètes et des revues systématiques des données scientifiques disponibles avec leur richesse mais également leurs limites.

Il est intéressant de noter que les Comités d'Experts, travaillant dans des contextes pourtant très différents, convergent fortement en ce qui concerne les stratégies proposées. Les analyses et conclusions de ces rapports ont été largement intégrées dans notre réflexion.

2. Les options stratégiques retenues

Les options fondamentales retenues pour les propositions de mesures présentées dans ce rapport sont de mettre en œuvre les moyens d'agir sur l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur le déterminant majeur que représente la nutrition, avec la volonté de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, d'avoir un impact particulièrement fort sur les populations défavorisées, les enfants et d'une façon générale les jeunes et d'assurer une prise en charge équitable des maladies chroniques.

Les propositions ont été conçues dans la finalité de:

- *améliorer la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire et faciliter l'accessibilité physique et économique à des aliments de bonne qualité nutritionnelle, pour tous et notamment pour les populations les plus fragiles (populations défavorisées, enfants...),*
- *aider les consommateurs à orienter leurs choix au moment de l'acte d'achat vers des aliments de meilleure qualité nutritionnelle et réduire la pression du marketing orientant vers la consommation d'aliments de moins bonne qualité nutritionnelle (notamment pour les populations vulnérables, les enfants...),*
- *favoriser la pratique d'une activité physique quotidienne pour tous,*
- *garantir un dépistage, une prévention et une prise en charge optimale des problèmes de santé liés à la nutrition,*
- *faire de la nutrition-santé un atout pour l'innovation dans le domaine de l'alimentation.*

2.1. Des propositions nouvelles, inscrites dans la stratégie nationale de santé, relevant d'une prise de décisions au niveau national et venant compléter les actions déconcentrées

Les propositions qui suivent s'inscrivent dans le cadre général de la Stratégie Nationale de Santé. Elles nécessitent un engagement politique fort et une mise en œuvre par les services de l'Etat.

Nous nous appuyons sur le PNNS en cours et ses objectifs nutritionnels tels que définis par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) et déclinés dans le PNNS3/PO depuis 2010. Le PO arrive à son terme, aussi les mesures relevant de la politique de dépistage et de prise en charge de l'obésité, qui sont indispensables à maintenir et à amplifier, doivent-elles être intégrées dans le PNNS en cours et à venir (voir Rapport du Pr A. Basdevant, partie 2). Les mesures de prévention primaire de l'obésité sont communes avec celles proposées dans le PNNS pour l'amélioration de l'état nutritionnel et la prévention de l'ensemble des maladies chroniques. Il y a là une totale cohérence.

Nous nous sommes limités à proposer des mesures nationales, relevant du « domaine de l'Etat » nécessitant soit des réglementations, soit un soutien et l'affichage d'un engagement politique fort. Il est clair que la réussite d'une politique nutritionnelle de santé publique repose sur la capacité des acteurs de terrain à s'approprier et décliner les orientations générales au niveau local, au plus près de la population, en tenant compte des spécificités territoriales. Le niveau national doit garantir une cohérence globale pour les actions, fournir l'expertise scientifique, les réglementations, les référentiels et les outils majeurs, mais ne saurait se substituer à une programmation régionale seule capable de prendre en compte les spécificités. C'est le sens de la Stratégie Nationale de Santé.

Ainsi nos propositions se situent au niveau national et ne portent pas sur ce qui est redevable de l'action régionale. Les ARS ont pour mission et responsabilité de mettre en place le projet régional de santé. C'est pourquoi, en parallèle avec nos propositions, nous ne pouvons que recommander de maintenir, lors du déploiement de la stratégie nationale de santé, la nutrition (dans ses dimensions de promotion, prévention, dépistage et de soins s'appuyant sur les objectifs, outils et mécanismes de niveau national) comme un axe prioritaire des Projets Régionaux de Santé et d'amplifier les actions mises en place dans le cadre de ces politiques régionales. **La coordination entre le niveau national et le niveau régional ainsi que le dialogue entre les ARS sur ce champ doivent être favorisés et renforcés afin de mutualiser les expériences et de garantir la cohérence globale.**

Les mesures nationales générales structurelles ou spécifiques que nous proposons se situent donc en complément des actions du PNNS/PO. Nos propositions marquent une continuité, mais aussi une rupture, là où cela est nécessaire, afin de se donner la capacité de réduire les inégalités sociales qui s'aggravent en matière de nutrition. Nous avons pour cela pris en compte, comme le demandait notre lettre de mission, la préparation pour 2014 de la nouvelle Loi de Santé Publique, offrant une fenêtre législative pour proposer certaines mesures réglementaires.

Il est également essentiel de garder à l'esprit qu'aucune stratégie ou mesure ne permet de façon isolée d'atteindre les objectifs nutritionnels de santé publique fixés dans le PNNS. C'est la synergie et la complémentarité des mesures, dans le cadre de cohérence fixé par le PNNS, qui doit permettre de tendre vers les objectifs fixés. Cette approche basée sur des interventions multiples est également celle recommandée par les organismes

internationaux (Déclaration de Vienne de l’OMS, Stratégie européenne) et les Comités d’experts nationaux. Les propositions faites dans ce rapport ont donc été réfléchies en fonction de leur complémentarité.

Il faut garder à l’esprit que les impacts attendus de chaque mesure proposée sont, comme toujours en Santé Publique, modestes à court terme (mais doivent être coût-efficaces) et que c’est leur complémentarité qui permettra d’avoir une réelle efficacité en terme d’amélioration de l’état nutritionnel et de l’état de santé de la population.

Nous réaffirmons la nécessité pour la suite de la politique nutritionnelle de santé publique de s’appuyer sur les grands principes du PNNS. La volonté affichée est de continuer à s’appuyer sur des mesures incitatives dans certains champs (chartes d’engagement des collectivités territoriales ou des entreprises vis-à-vis des salariés...). Mais là où les mécanismes incitatifs basés sur le volontarisme ont atteints leurs limites, sont proposées des mesures faisant appel à la réglementation. Pour certaines mesures, seule cette voie réglementaire permettra aux populations défavorisées de bénéficier directement et à court terme des améliorations souhaitées sur le plan nutritionnel et de santé.

2.2. Des propositions qui nécessitent des vraies ruptures de paradigme par rapport aux bases scientifiques permettant de décider de les mettre en œuvre

Depuis plus de 20 ans, certaines stratégies et mesures considérées comme pouvant avoir une réelle efficacité pour améliorer la situation nutritionnelle de la population, notamment au niveau des populations défavorisées, sont proposées par de nombreuses instances nationales et internationales. L’opposition de divers acteurs (économiques, politiques, et parfois scientifiques) a amené à repousser régulièrement les décisions de leur mise en œuvre essentiellement sur le prétexte de l’absence de bases scientifiques directes suffisantes permettant de trancher sur la réalité de leur efficacité. C’est pour cela que certaines mesures proposées dans ce rapport, bien que soutenues par des experts, des acteurs de terrain et des représentants de la société civile, n’ont pas été retenues, à ce jour, par les instances politiques en charge de mettre en place en France les politiques publiques. Or, aujourd’hui, il existe beaucoup plus de travaux scientifiques disponibles. **Il se dégage, de l’ensemble des rapports élaborés au cours de ces dernières années par les instances internationales et les différents groupes d’experts mobilisés, un consensus sur certaines de ces mesures considérées comme majeures pour contribuer à l’amélioration de la situation nutritionnelle de la population notamment des groupes socio-économiquement plus défavorisés et ainsi réduire les inégalités sociales de santé.**

La problématique de l’évaluation des actions spécifiques, des mesures nationales ou des politiques publiques, est au cœur de la démarche de Santé Publique et a été intégrée dès son lancement dans le PNNS (mise en place d’une Unité de Surveillance et

d'Epidémiologie Nutritionnelle à l'InVS, études nationales pour évaluer l'atteinte des objectifs; création d'un guide d'évaluation « EVALIN » à l'usage des acteurs de terrain en charge d'actions locales). L'évaluation est nécessaire pour déterminer les effets produits par les interventions en santé publique. Cette évaluation doit être intégrée dès la mise en place des actions pour juger de leur efficacité.

L'évaluation peut également être envisagée « a priori » pour tester de l'efficacité d'une action avant sa mise en place ou sa généralisation au niveau national. **Mais l'obtention d'un niveau de preuve irréfutable en prévention nutritionnelle de santé publique se heurte à plusieurs écueils.** Tout d'abord, les méthodologies reconnues comme étant les plus rigoureuses (les essais randomisés) ne sont pas toujours réalisables dans le domaine de la nutrition ni adaptées à une grande échelle (*Victoria et al., 2004*). Il est par exemple impossible de modifier l'offre alimentaire de façon randomisée, sur un territoire fermé, sur un temps long. Ensuite, les mesures de prévention peuvent être évaluées à plusieurs niveaux: satisfaction des citoyens, participation au dispositif, impact sur la consommation alimentaire, impact sur les indicateurs intermédiaires de santé (indice de masse corporelle, facteurs de risques cardio-vasculaires, etc.) et au final, impact sur des indicateurs de santé (maladies cardio-vasculaires, cancer, etc.). Or, les effets les plus intéressants à évaluer du point de vue de la santé publique, que ce soit sur la consommation alimentaire et surtout sur les indicateurs de santé, ne peuvent être estimés avant plusieurs années de mise en place du dispositif, ce qui est impossible à réaliser, a priori, dans des conditions méthodologiques drastiques. Enfin, il est évident que les interventions les plus efficaces sont celles combinant plusieurs approches, et plusieurs niveaux d'intervention. Il est dans ce cas difficile de faire la part d'une intervention spécifique en particulier.

Il est donc clair que les meilleurs niveaux de preuve attendus, compte tenu de ces limitations se baseront sur les résultats d'essais randomisés de faible taille et de courte durée, d'études de simulation de données économiques et de santé, ainsi que d'études d'intervention non randomisées. Si la cohérence globale entre les résultats de ces études ne permet généralement pas de conclure de façon irréfutable scientifiquement (classiquement en termes de lien de causalité directe), ils sont autant d'arguments qui peuvent être suffisamment convaincants en faveur de la mise en place des mesures à grande échelle, à condition qu'on associe (et qu'on prévoit) les moyens de faire leur évaluation continue à l'aide d'indicateurs adaptés.

Dans ces conditions, l'absence d'évaluation directe affirmant l'efficacité de certaines mesures ne doit pas être un frein systématique à leur mise en place. Si l'argument de la non démonstration de l'efficacité « grandeur nature » a pu être largement utilisé jusqu'à présent pour bloquer les décisions de la mise en œuvre de certaines mesures, il est aujourd'hui nécessaire d'accepter une rupture de paradigme. Un certain nombre d'actions de santé publique en population générale ne peut être testé comme un médicament dans le cadre d'un essai clinique randomisé en vue de la mise sur le marché. Est-ce pour autant impossible de prendre une décision sur l'intérêt ou non de mettre en

place une telle mesure. Il faut admettre d'autres registres de « causalité », en particulier ceux d'une « évaluation « réaliste » a posteriori (Hawe & Potvin, 2009).

Une mesure de santé publique, dont l'efficacité sur les comportements alimentaires, l'état nutritionnel ou l'état de santé ne peut, pour des raisons méthodologiques (impossibilité d'être reproduite et testée expérimentalement grandeur nature), être démontrée de façon causale directe en s'appuyant sur les principes classiques de l'épidémiologie évaluative expérimentale (essai contrôlé), doit pouvoir être retenue dans le cadre du développement d'une politique publique, à condition 1) qu'elle repose sur un ensemble cohérent de multiples données indirectes convergentes issus de travaux de nature différente et que le faisceau d'arguments scientifiques soit suffisamment convaincant pour que les groupes d'experts reconnus et indépendants en charge de leur évaluation la retiennent, et 2) qu'elle intègre dans sa conception une évaluation régulière de son impact une fois mise en place en d'appuyant sur des indicateurs pertinents (permettant d'évaluer les effets primaires et secondaires).

Pour plusieurs mesures majeures, les études d'économie expérimentale ou de simulation, les modélisations et les études épidémiologiques réalistes apportent des éléments indirects mais fondamentaux qui peuvent fournir le faisceau d'arguments soutenant l'établissement des recommandations de santé publique. Par exemple, on peut certes simuler, à partir de bases de données, par des modélisations mathématiques, l'impact d'une taxe nutritionnelle sur les comportements alimentaires, éventuellement sur l'état nutritionnel et de santé de la population, mais son efficacité dans des conditions de vie réelles ne peut être démontrée si ce n'est en la mettant en œuvre et en évaluant son impact a posteriori (comparaisons avant/après). L'efficacité de la mesure d'interdiction de fumer dans les lieux publics, les cafés, les restaurants, n'a pu être établie de façon directe par une démonstration scientifique validant son rôle causal avant sa mise en place. Son efficacité, telle que prédite par les experts qui ont proposé la mesure, n'a pu être démontrée qu'a posteriori.

Donc faut-il ne pas agir sous couvert de l'absence de démonstration scientifique expérimentale de l'efficacité d'une mesure, alors qu'elle ne peut être démontrée en vie réelle (« dans la vraie vie ») ? **Nous avons donc fait le choix de prendre des positions claires en nous appuyant sur la cohérence et la convergence des données scientifiques indirectes.** Dans ce sens, nous faisons des propositions de quelques mesures fortes qui nécessitent des arbitrages du décideur politique.

Par contre, **nous estimons comme indispensable que la mise en place de ces mesures prévoie et inclue dans leur conception une évaluation régulière de leur impact.** Celle-ci doit comprendre la mise en place des outils de recueil des indicateurs pertinents (indicateurs de processus, efficacité, coût, atteinte des populations cibles, effets inattendus...). Ainsi il sera possible en fonction des résultats des évaluations de prolonger, faire évoluer, recadrer, voire d'arrêter si besoin les mesures.

Enfin, parallèlement à la mise en place des mesures proposées et de leur évaluation, il est indispensable de développer une recherche active pour contribuer à l'actualisation, au recadrage éventuel et à l'amélioration futures des mesures mises en place et d'en proposer de nouvelles.

Donc pour répondre utilement à la commande de la ministre, nous avons jugé que notre rôle était de nous prononcer sur la base des données scientifiques existantes (rappelées dans le rapport pour chaque proposition), et de fixer l'orientation générale et les principes des mesures que nous préconisons. Nous avons essayé d'être le plus précis possible dans nos propositions pour éclairer la ministre de la santé à qui revient la charge de prendre la décision politique. Nous avons cherché à anticiper au mieux certains problèmes d'aval qui pourraient se poser dans l'application des mesures proposées mais sans procéder à de réelles analyses de coûts et d'ingénierie. Nous considérons que les modalités précises de la mise en œuvre des mesures proposées, suite à la décision politique, relèveront des administrations compétentes sous la coordination globale du ministère chargé de la santé.

2.3. Des mesures s'appuyant sur des réglementations (en complément des actions incitatives en cours).

Comme il a été rappelé, le PNNS, depuis sa mise en place, s'est appuyé sur un vaste ensemble de mesures incitatives de type volontariste vis-à-vis de différents partenaires concernés par la politique nutritionnelle: acteurs économiques du secteur de l'alimentation, collectivités territoriales, entreprises (vis-à-vis de leurs salariés), monde associatif... Une vraie dynamique a ainsi été créée dans de nombreux domaines montrant l'intérêt de la démarche, l'importance des marges d'actions possibles, mais également les limites qualitatives et quantitatives de l'approche volontariste s'appuyant sur une autorégulation confiée aux acteurs concernés.

- **Concernant l'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments et donc de l'offre alimentaire,**

le PNNS2 a développé une politique incitative visant à faire signer (selon un cahier des charges prédéfini et bien précis), des chartes d'engagement de progrès nutritionnel, sur une base volontaire, aux entreprises du champ alimentaire. Ces chartes portent principalement sur l'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments qu'ils produisent. Cinquante-deux projets de chartes de progrès nutritionnels ont été déposés au Comité ad hoc et 35 chartes ont été signées entre 2008 et 2013. En octobre 2013, quinze ont atteint les objectifs fixés. Des progrès indéniables ont été obtenus : 25 chartes prévoient la réduction des contenus en sel, 18 en lipides, 12 en acides gras saturés, 14 en sucres ajoutés... Les réductions prévues pour ces divers nutriments concernent une très large variété de produits élaborés par des grandes entreprises ou des PME et sont comprises dans une fourchette de réduction de 5 à 25 % des nutriments concernés en fonction des produits.

Le bilan réalisé fin 2012 par l'Observatoire de l'alimentation (*OQALI, 2013*) a mis en évidence que cette seule action contribue pour 3 à 14 % à l'atteinte de l'objectif sel du PNNS2, pour 1,6 % à l'atteinte de l'objectif sucres et pour 5 à 28 % de l'objectif « lipides ».

L'OQALI a aussi montré que cette stratégie d'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments bénéficie à toutes les catégories socio-économiques. L'expertise collective INSERM (*INSERM, 2013*) analysant les évolutions potentielles d'apports nutritionnels associées aux chartes d'engagement de progrès nutritionnel mises en place en France, montre que, pour la majorité des nutriments, toutes les catégories de la population sont concernées. Même s'ils sont encore modestes, les objectifs des chartes impactent les aliments consommés par les personnes de tous les statuts socio-économiques et pas seulement ceux consommés par les populations les plus favorisées. L'expertise collective conclut, que d'une façon générale, il est très probable que des efforts en matière de reformulation des produits dans le sens de réduction des teneurs en sel, sucres ou en matière grasse, sur l'ensemble de l'offre alimentaire, y compris celle positionnée sur des niveaux de prix plus faibles, constituent des actions qui ne devraient pas creuser les inégalités sociales de santé.

L'action sur l'offre alimentaire est reconnue comme une perspective importante pour la réduction des inégalités sociales de santé associées à l'alimentation (*INSERM, 2013*). En effet, elle relève d'une stratégie de prévention « passive » qui ne suppose pas de faire appel à des actions orientées uniquement sur les connaissances et la perception de la relation alimentation-santé, actions dont on sait qu'elles sont génératrices d'inégalités (*INSERM, 2013*).

Au total, la signature des chartes a ainsi permis de montrer que pour de nombreux aliments, il existe une marge de manœuvre significative pour les industriels permettant d'améliorer la teneur en sucre, gras et sel des aliments solides et des boissons. Mais le nombre d'adhérents signataires de ces chartes est limité (par rapport à l'ensemble des opérateurs économiques concernés) et a tendance à se stabiliser : 8 chartes ont été signées en 2008, 4 en 2009, 11 en 2010, 6 en 2011, 3 en 2012, 3 en 2013 ; et depuis le début 2013 aucun projet nouveau n'a été soumis. Malgré l'ouverture des accords collectifs et les travaux menés en 2013 sous l'égide du ministre délégué à l'agro-alimentaire, les quelques nouveaux engagements tels qu'actuellement proposés par les secteurs sont certes non négligeables, mais, hormis le projet d'engagement de la boulangerie sur le sel dans le pain, ils sont notoirement insuffisants pour avoir un impact sur l'état nutritionnel de la population. Une charte collective, si elle a l'avantage de concerner plusieurs entreprises, favorise le plus souvent l'adoption d'objectifs peu contraignants (relevant du plus petit dénominateur commun) et donc avec un impact limité sur le plan nutritionnel (*Etile, 2013*).

Pour amplifier les stratégies d'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire existante par des reformulations et stimuler l'innovation pour mettre à la disposition des consommateurs des aliments de meilleure qualité nutritionnelle (tout en maintenant leurs qualités organoleptiques et sans augmentation de prix) il convient aujourd'hui de mettre en place des mesures d'incitation s'appuyant sur des réglementations afin d'avoir un effet plus significatif sur l'offre alimentaire et son accessibilité. Il s'agit d'une approche essentielle pour la réduction des inégalités sociales de santé. Cette stratégie de « pression réglementaire », mais laissant une marge de manœuvre importante aux opérateurs économiques, doit être parallèlement portée au niveau européen et devrait finalement contribuer, par l'amélioration de leur qualité nutritionnelle, à une valorisation des produits alimentaires français à l'exportation.

- **Concernant la pression marketing des populations,**

la limitation de la publicité télévisée à destination des enfants est une recommandation soutenue par les déclarations des organismes internationaux (OMS, Nations Unies, IASO, IOTF, WCRF...) et la plupart des Comités d'experts nationaux qui s'appuient sur de nombreux travaux de recherche développés au cours des dernières années.

Sur ce point, la situation française a été bien analysée dans une publication juridique comparant la publicité alimentaire et la lutte contre l'obésité en droit français et anglais (Friant-Perrot & Garde, 2011). En France, une autorégulation a été mise en place malgré les fortes oppositions des associations de consommateurs et les mises en garde des experts en nutrition et en santé publique (SFSP, 2010). Une charte d'autorégulation a été signée 18 février 2009 par les ministres de l'époque en charge des ministères de la Santé et des Sports et celui de la Culture et de la Communication, le président du Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA), de nombreux acteurs de l'industrie audiovisuelle et l'Association des industries alimentaires (ANIA). La charte vise à promouvoir une alimentation et une activité physique favorables à la santé dans les programmes et les publicités diffusés à la télévision. Dans ce texte, les professionnels se sont engagés à réévaluer les règles déontologiques relatives au contenu des messages publicitaires destinés aux enfants.

Selon Friant-Perrot et Gardes (Friant-Perrot & Garde, 2011) « cette charte consacre de manière certaine une victoire de l'économie sur la santé: au nom de la préservation du modèle économique de l'audiovisuel français, on refuse de légiférer dans ce domaine en préférant encourager les pratiques responsables des acteurs de l'audiovisuel et de l'industrie agroalimentaire. Il n'est pas anodin à cet égard qu'après que la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, eut annoncé le 4 février 2008 qu'en cas d'échec de l'autorégulation le Gouvernement interviendrait par voie législative, le pilotage du dossier de la publicité audiovisuelle ait été par la suite transféré au ministère de la

Culture au printemps 2008 dans le cadre de la réflexion globale sur la place de la publicité au sein des chaînes publiques de télévision. La ministre de la Culture a eu ainsi l'occasion de se faire l'avocate de certains médias en indiquant qu'elle n'était pas favorable à la suppression de la publicité alimentaire en soulignant « qu'on est sûr des dégâts que cela produirait pour l'économie des chaînes de télévision, sans être sûr des bénéfices pour la santé des enfants ». Parmi les arguments avancés, le CSA a ainsi fait valoir « que la suppression de la publicité pour certains aliments aurait des conséquences, d'une part, sur l'équilibre économique des chaînes et leur capacité à soutenir le secteur de la création audiovisuelle et cinématographique, d'autre part, sur l'offre de programmes jeunesse et les perspectives de développement des chaînes jeunesse ».

Dans la charte, les annonceurs s'engagent notamment à renforcer la démarche qualité de la publicité concernant le contenu des publicités alimentaires: « Les annonceurs s'engagent, dans le cadre de l'Autorité de régulation professionnelle de la publicité (ARPP) qui réunit l'interprofession publicitaire, à une réévaluation des règles déontologiques sur le contenu des messages publicitaires en direction des enfants à la lumière de leur nouvel engagement en matière de publicité.

Dans ses 3 rapports annuels, le CSA se félicite du fait que les chaînes de télévision se soient impliquées de façon croissante et considère que le volume annuel d'émissions relatives à une bonne hygiène de vie et faisant référence au site mangerbouger.fr a augmenté de façon importante. Cependant, les résultats de la charte ont été jugés insuffisants par les consommateurs (*UFC que choisir, 2010*) et les experts des sociétés savantes, et notamment de la Société Française de Santé Publique, sont restés très dubitatifs sur l'intérêt de cette charte (*SFSP, 2010*). Compte-tenu de ces réserves, 22 sociétés savantes et d'experts (en nutrition, santé publique, pédiatrie, cardiologie, cancer, ...) ont lancé un appel en mars 2010 souhaitant que soit mise en place une régulation de la publicité aux heures de grande écoute par les enfants (<http://www.sfsp.fr/activites/file/CPPubliciteTVobesite.pdf>). C'est également la position reprise par le collectif de 35 sociétés savantes et d'experts en nutrition dans les propositions qu'elles ont faites au nom de la communauté scientifique pour le PNNS 2011-2015 (*SFSP, 2010*).

Friant-Ferrot et Gardes A (*Friant-Perrot & Garde, 2011*), concluent dans leur analyse que « face aux attentes en matière de lutte contre l'obésité, force est de constater que le dispositif français manque très clairement d'ambition, même au regard des autres mécanismes d'autorégulation mis en place à l'échelle européenne, lorsque les signataires vont au-delà du principe « pollueur-payeur » en s'inscrivant dans un processus « de réduction du volume publicitaire. Pour autant, peut-on attendre des mécanismes d'autorégulation qu'ils soient de nature à se substituer à une action législative en encadrant efficacement la publicité pour répondre aux objectifs de santé publique ? On peut en douter car ce mode de régulation apparaît per se insuffisant pour limiter l'impact négatif de la publicité sur le comportement alimentaire des enfants ».

L'engagement volontaire des opérateurs économiques pour diminuer la pression marketing a montré ses limites. Le recul aujourd'hui disponible dans de nombreux pays amène, pour réduire la pression marketing, à des stratégies d'encadrement de la publicité et d'autres formes de marketing, afin de limiter, notamment pour les populations vulnérables, le risque de consommation excessive d'aliments de faible qualité nutritionnelle tout en favorisant la promotion de ceux de bonne qualité nutritionnelle.

- **concernant l'accessibilité économique des aliments de bonne qualité nutritionnelle,**

notamment pour les populations défavorisées, les mesures incitatives du PNNS n'ont pas permis d'avancées majeures dans ce domaine. À préférences données, les choix d'aliments sont contraints par les ressources disponibles et leur coût relatif. Un faisceau important d'arguments suggère qu'il est plus difficile d'avoir une alimentation équilibrée quand on a un petit budget (*Lo et al., 2009, Maillot et al., 2007, Waterlander et al., 2010*). D'un côté, les travaux de recherche basés sur des modélisations des régimes alimentaires indiquent que les contraintes budgétaires orientent les consommations vers des aliments de forte densité énergétique (quantité de calories pour 100 g) et de faible densité nutritionnelle (quantité de nutriments essentiels pour 100 kcal) c'est-à-dire vers une alimentation défavorable à la santé (*INSERM, 2013*). D'un autre côté, les enquêtes alimentaires transversales en population générale tendent à montrer qu'il existe une association positive entre la qualité nutritionnelle de l'alimentation et son coût (*Maillot et al., 2007*).

La majorité des études concluent que le budget alimentaire des populations défavorisées n'est pas suffisant pour manger sainement, sauf à faire des choix drastiques difficiles à tenir. Un montant minimal est requis pour se procurer une alimentation adéquate sur le plan nutritionnel. On admet assez largement **qu'une alimentation de forte densité énergétique pauvre en nutriments essentiels favorise l'obésité et les maladies chroniques. Le fait que de surcroît elle soit moins chère qu'une alimentation équilibrée est un élément supplémentaire pour penser que les inégalités sociales de santé pourraient être dues, au moins en partie, aux contraintes budgétaires qui pèsent sur l'alimentation.**

Jouer sur le prix des aliments semble un moyen potentiel de jouer sur les apports nutritionnels des populations. Pour les biens alimentaires, on s'attend à ce que la demande d'un bien diminue lorsque son prix augmente (élasticité-prix négative) et qu'elle augmente lorsque le revenu ou la dépense de consommation croissent (élasticité-revenu ou élasticité-dépense positive).

Plusieurs études expérimentales démontrent qu'il est possible d'orienter les achats alimentaires en modifiant le prix des aliments (*Cabanac, 1995, Epstein et al., 2012, French, 2003, INSERM, 2013, Waterlander et al., 2012*). De plus, quelques études

interventionnelles menées auprès de populations défavorisées comparant ou combinant une action d'éducation nutritionnelle avec une aide financière ciblée pour des fruits et/ou des légumes suggèrent que le soutien financier a un effet bénéfique sur les consommations alimentaires (Burr et al., 2007) et un rôle éducatif (Anderson et al., 2001). Selon les études, l'impact de l'aide financière est, soit plus important que celui de l'action éducative seule (Burr et al., 2007), soit permet de renforcer l'impact de cette action (Anderson et al., 2001).

Une étude d'intervention en économie expérimentale faite en France (Darmon et al., 2011) rapporte un effet positif d'une réduction du prix des fruits et légumes sur la qualité nutritionnelle du panier alimentaire pour deux groupes de femmes (revenus moyens et revenus faibles). Cependant l'effet observé est plus faible pour les femmes défavorisées, même s'il est tout de même bénéfique pour ces populations.

S'il semble possible d'orienter les achats alimentaires en modifiant le prix des aliments, le recours à des outils et incitants économiques, comme le recommande l'OMS dans la Déclaration de Vienne (2013) pour favoriser l'accessibilité à une alimentation favorable à la santé apparaît comme un objectif majeur de santé publique, notamment pour réduire les inégalités sociales de santé. Cependant dans le domaine de la régulation des prix favorisant l'accessibilité à des aliments de bonne qualité nutritionnelle, notamment aux populations défavorisées, il n'est pas réaliste d'envisager des mesures incitatives efficaces reposant sur une approche exclusivement volontariste des opérateurs économiques. Les travaux scientifiques récents suggèrent plutôt de recourir à des mesures fiscale (taxation/subvention) ou sociales (distribution de coupons alimentaires aux populations en grande précarité).

- **Concernant la problématique des inégalités sociales en termes d'accessibilité à des conditions favorables pour la pratique d'activité physique et sportives,**

divers travaux ont montré qu'il est également plus difficile pour les populations à faible revenu d'accéder aux installations sportives telles que les piscines et les centres sportifs par rapport aux populations à revenu élevé (Ferguson et al., 2013, INSERM, 2013). D'autre part, les quartiers défavorisés manquent souvent d'installations de proximité et peuvent présenter des conditions d'insécurité qui peuvent limiter la pratique des activités physiques (Sallis et al., 2011). De plus le coût des inscriptions dans les clubs sportifs, malgré les aides, notamment au niveau des municipalités, peut rendre difficile l'inscription des enfants notamment dans les familles nombreuses défavorisées. Là encore des mesures d'incitation financière ou fiscale et l'engagement des collectivités locales et territoriales pour offrir une meilleure accessibilité à la pratique de l'activité physique ou sportive sont essentiels pour réduire les inégalités sociales de santé.

Réflexions générales sur les arguments avancés pour limiter les mesures réglementaires

Un certain nombre de questions sont généralement soulevées lorsqu'est évoquée la mise en place de réglementations dans le cadre des politiques nutritionnelles de santé publique :

a) une atteinte aux libertés individuelles ?

Depuis de nombreuses années, un argument avancé par ceux qui souhaitent limiter la place des réglementations dans les politiques publiques est le fait que par ces réglementations, l'état porterait atteinte aux libertés individuelles alors que le choix alimentaire relèverait de la responsabilité des individus.

Même si la question est légitime, il est cependant bien difficile de considérer que les individus soient vraiment libres dans un contexte où la pression marketing qui les environne est extrêmement forte. On peut citer par exemple, le rôle et l'importance de la publicité sous toutes les formes, le packaging, le positionnement des aliments aux sorties de caisse et sur les rayons des supermarchés, les promotions au volume ou les happy hours exclusivement pour certains aliments dans lesquelles le consommateur n'est pas décideur, la dictature de l'idéal minceur, l'image unique de la représentation des corps dans le marketing... La littérature scientifique a largement documenté les effets du packaging (taille et forme des emballages, charte graphique, portions), de la présentation des menus au restaurant, de la disponibilité des produits sur les rayons ou à la maison, des promotions, des marques, de la publicité, de l'ambiance entourant les choix (luminosité, fond sonore) ou des marques, etc. (Etile, 2013).

Donc, est-ce que l'on peut considérer que le consommateur est réellement souverain et maître de ses choix ? Est-ce sa volonté seule qui oriente l'offre ou l'offre n'est-elle pas le facteur qui détermine, en fait, sa demande. Comme le rappelle Fabrice Etile (Etile, 2013), « les producteurs, les distributeurs et les restaurateurs mettent en œuvre des dispositifs marchands orientant les décisions des consommateurs. On peut, dès lors, douter fortement de la capacité de ces derniers à arbitrer de manière souveraine et optimale entre plaisir et santé. Dans cette perspective, l'invocation rituelle de la liberté de choix des consommateurs n'est qu'une forme habile de populisme, cherchant à évacuer l'ensemble des déterminants sociaux et environnementaux qui pèsent sur les décisions individuelles ».

b) une perte du plaisir gustatif ?

Certains contestent également le droit de l'État à réguler l'environnement pour peser sur les choix des consommateurs suggérant que ceci se traduirait par une perte du plaisir gustatif. Il a été pourtant clairement démontré par les chartes d'engagement qu'il existait une marge d'action pour améliorer la qualité nutritionnelle des aliments sans que ces derniers ne perdent leurs qualités organoleptiques et donc sans même que les

consommateurs se rendent compte de la modification du produit « amélioré sur le plan nutritionnel » par rapport à « l'original ». Il ne s'agit en aucun cas d'interdire ni de réglementer la composition nutritionnelle des aliments mis sur le marché en fixant des niveaux de nutriments à ne pas dépasser (ou à atteindre), ce qui pourrait porter atteinte aux propriétés organoleptiques des aliments risquant de détourner les consommateurs de leur plaisir. Il s'agit de donner un cadre législatif qui provoquera par contrecoup une mobilisation de l'ensemble des acteurs alimentaires afin qu'ils améliorent, par une reformulation adaptée, la qualité nutritionnelle de leurs produits dans la limite de ce qui est faisable pour ne pas nuire à leur goût et/ou qu'ils innovent dans une offre visant au plaisir gustatif mais en intégrant en même temps la dimension nutritionnelle.

c) un risque économique ?

Certains opposants aux réglementations avancent également un argumentaire de mise en péril des opérateurs économiques. C'est ce qui avait d'ailleurs déjà été avancé lors de la mise en place de la taxe sur les boissons sucrées par certains fabricants de soda. De même lors de la promulgation de la Loi de Santé Publique de 2004 qui avait intégré un article interdisant les distributeurs automatiques payants au sein des enceintes scolaires, il avait été fait état d'une menace sur l'emploi par les fabricants de distributeurs automatiques qui ne s'est pas avérée réelle dans les années qui ont suivi la mise en place de la mesure.

Cependant, il ne faut pas nier les conséquences économiques de certaines mesures réglementaires de santé publique. Par exemple, au Danemark le retrait de la mesure imposant une taxe sur les acides gras saturés a été justifié par le Ministre des Affaires fiscales, non pas sur ses conséquences en terme nutritionnel, mais sur les coûts administratifs élevés pour les entreprises, notamment les petits producteurs d'aliments naturellement riches en graisses saturées (charcuterie, fromage...) qui devaient faire analyser leurs produits pour avoir la composition nutritionnelle exacte afin de remplir les formulaires du fisc (*Etile, 2013*). Ce type de conséquences ne remet pas en question le principe de la taxe mais la façon dont elle doit être calculée et appliquée pour que le rapport entre le coût pour l'opérateur économique et le bénéfice pour le consommateur soit optimal.

Par ailleurs, les divers outils réglementaires proposés peuvent être utilisés pour inciter les firmes à reformuler leur offre alimentaire et innover dans ce domaine: en aidant la dimension « santé » des choix alimentaires à devenir un axe de différenciation essentiel des produits, on augmente les incitations à l'amélioration de leur qualité nutritionnelle. La réglementation ne doit pas être perçue uniquement comme une contrainte, mais peut jouer un rôle d'incitation à être plus compétitif sur le plan de la qualité et du prix, à développer l'innovation et à renforcer une image positive au niveau national et international.

3. Les méthodes d'élaboration des propositions

Les propositions présentées dans le champ de la prévention s'appuient sur:

- 1) Les données scientifiques internationales sur la bibliographie nationale et internationale, notamment les importants rapports de Comité d'Experts ou textes récemment publiés au niveau international dans le domaine de l'action de santé publique en nutrition ou dans la lutte contre l'obésité:
 - a) *Organismes internationaux* :
 - i) Organisation Mondiale de la Santé - OMS (*déclarations d'Istanbul 2006 et Vienne 2013*), (WHO, 2009, WHO, 2013)
 - ii) Organisation Mondiale de la Santé - OMS 2012 Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016, (WHO Europe, 2011a)
 - iii) Organisation des Nations Unies - ONU (*déclaration de la réunion de haut niveau de l'assemblée générale des nations unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles 19 septembre 2011*), (United Nations, 2011)
 - b) *Académies de médecine et sociétés savantes*:
 - i) Institute of Medicine (USA) – IOM 2010, 2012 (*Institute of Medicine, 2002, Institute of Medicine, 2005, Institute of Medicine, 2006a, Institute of Medicine, 2006b, Institute of Medicine, 2007a, Institute of Medicine, 2007b, Institute of Medicine, 2009, Institute of Medicine, 2010, Institute of Medicine, 2011, Institute of Medicine, 2012, Institute of Medicine, 2013, Institute of Medicine & In, 2012, National Association of Local Boards of Health, 2010*)
 - ii) European Heart Network (Europe 2011) (*European Heart Network, 2011*)
 - iii) Public Health Evaluation and Impact Assessment Consortium –PHEIAC (2013), Europe (*Public Health Evaluation and Impact Assessment Consortium (PHEIC), 2013*)
 - iv) EUFIC (*EUFIC, 2006, European Food Information Council (EUFIC), 2012*)
 - v) International Association for the Study of Obesity (IASO)/International Obesity Task Force (IOTF) (2012) (*Persson et al., 2012*)
 - vi) World Cancer Research Fund, WCRF (2009) (*Jewell et al., 2013, World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research, 2007, World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research, 2009*)
 - c) *Agences gouvernementales*
 - i) Office of Communication - OfCom (Grande Bretagne, 2004, 2010) (*OfCom, 2004, OfCom, 2010*)
 - ii) Food Standard Agency - FSA (Grande Bretagne, 2013) (*Food Standard Agency et al., 2013*)*
 - iii) Department of Health, HM Government (*Government Office for Science, 2007*)
 - iv) Academy of Medical Royal Colleges (*Academy of Medical Royal Colleges, 2013*)

- v) Australia and New Zealand Food Regulation Ministerial Council, Legislative and Governance Forum on Food Regulation (Australie et Nouvelle-Zélande, 2011)
 - vi) National Health and Medical Research Council, NHMRC (Australie 2010) (*Gill et al., 2010*)
 - vii) National Collaborating Center for Healthy Public Policy (Canada) (*Morestin et al., 2011*)
 - viii) Front of pack labelling Advisory Group (Nouvelle Zélande) (*New Zealand front of pack labelling advisory group, 2012*)
 - ix) Centers for Disease Control and Prevention (USA) 2009 (*CDC, 2010, CDC, 2011a, CDC, 2011b, CDC, 2012, Khan et al., 2009, National Association of Local Boards of Health, 2010*)
 - x) Agence de la santé publique du Canada et Institut canadien d'information sur la santé (Canada) 2010 (*Lyons et al., 2010*)
- d) *Agences gouvernementales et instituts de recherche français*
- i) Expertise collective INSERM sur les Inégalités Sociales de Santé, 2013 (*INSERM, 2013*)
 - ii) Haute Autorité de Santé – HAS (*Haute Autorité de Santé, 2011*)
 - iii) ANSES (*Groupe de travail "Evaluation des risques liés à la pratique de régimes à visée amaigrissante" & Comité d'experts spécialisés "Nutrition Humaine", 2010*)
 - iv) ANSM (*Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé, 2012*)

L'ensemble des expertises collectives disponibles ont fait appel à des revues systématiques de la littérature. Les informations issues de ces rapports ont été complétées par l'analyse des publications scientifiques parues depuis leur diffusion.

- 2) Sur l'audition de nombreux experts travaillant dans différentes disciplines (nutrition, santé publique, économie, sociologie, épidémiologie, géographie, acteurs de terrain...) et de nombreuses parties prenantes impliquées (agences de communication, représentant des consommateurs, associations de patients, opérateurs économiques...). Les auditions des experts et parties prenantes ont été, bien sûr, fondamentales à la réflexion ayant abouti aux propositions de mesures faites dans ce rapport. Mais les opinions finales ayant prévalu pour la rédaction des propositions, n'engagent en aucun cas, les personnes auditionnées.
- 3) Sur mon implication personnelle dans l'élaboration du PNNS à la fin des années 90 et la présidence du PNNS assurée depuis 12 ans qui m'a également permis de vivre de l'intérieur la construction et la mise en œuvre des politiques nutritionnelles en France et dans divers pays; d'être un témoin privilégié pour comprendre les freins et leviers déterminant la mise en place des actions; de rencontrer les différents acteurs impliqués dans l'action de santé publique; et de voir les limites de certaines mesures.

4. Les propositions de mesures dans le domaine de la prévention

Les mesures proposées (non exhaustives) se situent dans un cadre d'universalisme proportionnée tel que proposé par Michael Marmot (*Marmot, 2010*) « Pour réduire le caractère abrupt du gradient social de la santé, les actions doivent être universelles, mais se caractériser par une échelle et une intensité proportionnelles au désavantage social » (*Marmot et al 2010*). Les mesures sont donc à destination de la population générale (universelles) avec un ciblage proportionné qui tient compte du gradient social (avec une intensité plus grande selon le degré de désavantage). Elles visent donc particulièrement à impacter l'état nutritionnel et de l'état de santé des populations fragiles et contribuent à lutter contre les inégalités sociales de santé.

Pour cela, 15 mesures sont proposées recouvrant trois niveaux différents et complémentaires: 1 mesure générale de continuité du PNNS et d'amplification des actions en cours, 3 mesures structurelles systémiques et 11 mesures spécifiques.

Proposition 1

Mesure n°1

Pérenniser le Programme National Nutrition Santé (en intégrant le PO) en tant que programme de santé publique dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé. Amplifier ses actions visant à lutter contre les inégalités sociales de santé et ciblés vers la jeunesse. Réviser sa gouvernance.

1.1. Objectif de la mesure:

Pérenniser la politique nutritionnelle de santé publique mise en place en France depuis 2001, renforcer sa visibilité, amplifier certaines de ses actions visant à lutter contre les inégalités sociales de santé et ciblées vers la jeunesse, assurer une coordination avec d'autres plans et revoir sa gouvernance.

1.2. Justification de la mesure:

Le PNNS et son levier de communication « mangerbouger » bénéficient d'une forte notoriété auprès des professionnels et du grand public. L'identité du PNNS doit être conservée, sous la forme d'un programme national (conformément à la Loi de Santé Publique) s'intégrant et contribuant à la Stratégie Nationale de Santé.

Le cadre de référence et la dynamique mise en place au niveau national, la mobilisation des multiples acteurs d'origine diverses (santé, éducation, social, collectivités, monde associatif, opérateurs économiques...) impliqués à tous les niveaux (national, régional, local), le continuum prévention-prise en charge, la coordination du parcours de soins des personnes obèses au niveau régional... s'inscrivent dans les options formulées par la Ministre.

Le PNNS3 qui est en cours jusqu'en 2015 doit intégrer le PO arrivé à son terme en juin 2013, la pérennité des actions qu'il a permis d'initier, notamment le maillage territorial autour du parcours de santé, doit être assurée (voir rapport du Pr Arnaud Basdevant, partie 2).

1.3. Actions :

1.3.1. Amplifier les actions inscrites dans le PNNS3/PO

Il sera nécessaire d'amplifier les actions inscrites dans le PNNS3/PO dans les domaines où celles-ci n'ont pas été ou pas suffisamment efficaces pour toucher les populations à risque, notamment les groupes vulnérables sur le plan socio-économique et la jeunesse, réduire les inégalités territoriales dans la prévention et la prise en charge des problèmes nutritionnels, améliorer l'offre alimentaire et d'activité physique, la formation, la surveillance et la recherche:

- **la promotion des chartes d'engagement avec le PNNS des différents acteurs concernés :**
 - *chartes avec les collectivités territoriales : communes, départements et régions*

De nombreuses collectivités développent des actions de nutrition de grand intérêt depuis plusieurs années dans des cadres divers (ateliers santé-ville, villes OMS, VIF, écomaires...). En 2005 a été proposée une procédure de signature de chartes avec le PNNS. A ce jour, 300 villes et 6 départements ont déjà signé ce type de charte. Les chartes à destination de ces collectivités ont été renouvelées en 2013 afin d'augmenter les exigences en prenant en considération la taille des communes et en renforçant le volet évaluation des actions. Une impulsion forte au niveau national et régional (par les ARS) doit être donnée afin d'augmenter le nombre de communes et de départements signataires des nouvelles chartes et de stimuler les régions à s'inscrire dans cette procédure (que ce soit des collectivités déjà engagées dans le domaine de la nutrition ou des collectivités souhaitant s'y engager).

Des actions d'information et de communication doivent être développées pour inciter les collectivités territoriales à inscrire leurs actions de nutrition dans le cadre prévu par le PNNS en signant les chartes. Cette procédure permet de développer des actions efficaces en cohérence avec le PNNS s'appuyant sur la mobilisation des « acteurs de terrain » au niveau des territoires et une coordination des acteurs institutionnels et associatifs qui interviennent auprès des populations particulièrement à risque. Ces actions recouvrant des champs divers, adaptés aux compétences de ces collectivités, sont essentielles et susceptibles d'un grand impact au niveau de la population générale et des populations cibles: actions dans les établissements scolaires et en périscolaire, promotion de l'activité physique, développement de programmes d'aménagement du territoire favorables à l'activité physique, soutien à la formation professionnelle concernant la nutrition notamment pour les demandeurs d'emploi, communication-information-

éducation, formation des acteurs territoriaux, aide aux entreprises du domaine, soutien au tissu associatif...

- *chartes des établissements et entreprises (vis-à-vis de leurs salariés)*

Depuis la mise en place de la procédure en 2013, seules cinq chartes « établissement actif du PNNS » ont été signées avec les ARS dans moins de cinq régions. Un élan indispensable doit être donné au niveau national et régional pour faire adhérer un nombre important d'établissements à cette dynamique.

La procédure de signature des chartes « entreprise active du PNNS » non encore mise en place doit être ouverte rapidement.

L'enjeu est majeur compte-tenu de la possibilité d'agir au niveau d'un nombre important de salariés qui passent une partie importante de leur temps quotidiens et se restaurent dans leur entreprise. Il est ainsi possible, au travers de cette démarche visant à mobiliser des entreprises promotrices de santé de développer des actions concrètes touchant des populations parfois difficiles à atteindre par les actions plus générales. C'est une orientation importante qui doit contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé. Par la signature de de telles chartes, il est possible d'agir directement sur la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire mise à la disposition des salariés, faciliter leur pratique d'activité physique, mener des actions d'information sur la nutrition et la santé, et faciliter, avec les services de médecine du travail, le dépistage et l'orientation vers les services de soins pour la prise en charge des pathologies liées à la nutrition.

- *chartes d'engagement de progrès nutritionnel (pour les entreprises du secteur alimentaire)*

Il faut également stimuler la signature de nouvelles chartes d'engagement de progrès nutritionnel pour les entreprises du secteur alimentaire en permettant une valorisation plus visible de leur engagement. La mise en place de « l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS » (voir mesure n°2) donnera une motivation nouvelle pour faire adhérer de nouveaux acteurs économiques à cette approche complémentaire plus orientée sur la valorisation des démarches d'entreprises. Les chartes devront inclure un nouveau volet permettant aux opérateurs économiques signataires de mieux valoriser dans leur communication vis-à-vis des consommateurs les efforts engagés au travers des chartes signées. Le niveau des améliorations nutritionnelles, en rapport avec les exigences formulées dans le référentiel qui sert de base à l'acceptation des dossiers par le Comité nutrition du PNNS, assure qu'elles bénéficieront à toute la population, contribuant également à la réduction des inégalités sociales de santé. Les accords collectifs signés par le ministre de l'agriculture (après validation du volet nutritionnel par le Comité nutritionnel du PNNS) vont, pour leur volet nutritionnel, dans le même sens.

La signature d'une charte d'engagement nutritionnel constitue également un élément important en termes de responsabilité sociale des entreprises et de

communication interne. La meilleure visibilité permettant dans la communication externe une valorisation de l'engagement des entreprises signataires renforcera les retombées en interne.

- **la promotion de l'activité physique et sportive pour tous (population générale) avec un intérêt aux actions ciblées vers les enfants et les groupes à risque (populations défavorisées, malades chroniques)**

L'incitation à la signature des chartes d'engagement des collectivités territoriales et des chartes d'entreprises permettra de développer des actions de proximité dans le domaine de la promotion de l'activité physique.

En lien avec le Plan National Sport Santé Bien-être il sera nécessaire de développer l'information grand public, renforcer les réseaux sports santé au niveau régional, expérimenter dans le cadre des Plans Régionaux Sport Santé Bien-Etre des financements de parcours sport santé par des aides individuelles à la pratique, généraliser les études pilotes ayant démontré leur efficacité (type EFFORMIP par exemple) et les appliquer aux populations défavorisées, renforcer la coordination des acteurs impliqués au niveau régional par les DRJSCS et les ARS. Il faudra favoriser l'accès aux équipements existants, étendre autour des médecins généralistes le réseau des acteurs capables de dépister et de réduire la sédentarité (professionnels de santé et nouveaux métiers) et sensibiliser les référents des collectivités locales en charge de la politique de la ville (contrats locaux de santé, ateliers santé-ville...) afin que la lutte contre la sédentarité soit prise en compte dans les politiques territoriales et locales.

Il faudra, via les chartes d'engagement et dans le cadre de responsabilité sociale des entreprises, encourager ces dernières à mettre en place, pour leurs salariés une offre sportive (sur place ou via le système des coupons sport) ainsi qu'un environnement favorable à la mobilité active (remboursement des abonnements vélo, parc à vélo, signalétique favorisant la marche à pied...).

Les branches professionnelles et les entreprises devront être encouragées à mettre dans leur accord interprofessionnel en vue de la généralisation de la complémentaire santé, une offre d'activité physique (inscription dans le panier de soins des complémentaires pour tous, une offre d'activité physique).

Les actions en cours dans le cadre du PNNS3 seront également renforcées par les nouvelles actions proposées dans le cadre de la mesure n°5.

- **la promotion de l'allaitement maternel (notamment dans sa durée)**

Les recommandations du rapport du Pr Dominique Turck remis au cours du PNNS2 doivent être mises en œuvre. Il sera, notamment, nécessaire d'inscrire, lors de la prochaine révision des manuels d'accréditation des maternités, des critères retenus, du type « Initiative hôpitaux amis des bébés (UNICEF) ». En attendant il faudra ajouter une fiche d'accompagnement sur le sujet au manuel existant. Il faudra

également poursuivre la sensibilisation des professionnels de l'enfance à l'accompagnement des femmes allaitantes, notamment lors des difficultés d'allaitement et promouvoir l'allaitement exclusif auprès des familles durant la période prénatale.

- **la lutte contre la dénutrition (prévention, dépistage et prise en charge) notamment pour les sujets âgés et les malades (en ville et dans les établissements de soins)**

Dans le domaine de la prévention, il sera nécessaire de mettre en place les recommandations du groupe de travail présidé par le Dr Jean-Fabien Zazzo qui rendra ses recommandations en 2014.

Le dépistage systématique de la dénutrition et des troubles nutritionnels, en ambulatoire comme à l'hôpital ou au sein des réseaux de santé, devra être amplifié. Il sera, entre autre, nécessaire de renforcer la lutte contre l'isolement et la formation des aidants et soignants et de toutes personnes en contact avec des sujets âgés et les malades vivant à domicile (travailleurs sociaux, aides ménagères, porteurs de repas à domicile...) et soutenir les actions transgénérationnelles.

La problématique de la prise en charge de la dénutrition (notamment dans les établissements de santé) est traitée dans le rapport du Pr Arnaud Basdevant (Partie 2 du rapport : Prise en charge des maladies liées à la nutrition).

- **la lutte contre les troubles du comportement alimentaire (prévention et prise en charge)**

Il faudra renforcer les actions de prévention dans ce domaine (notamment autour de l'image du corps dans notre société) et le dépistage des troubles du comportement alimentaire (notamment en milieu scolaire). La problématique de la prise en charge des troubles du comportement alimentaire est traitée dans le rapport du Pr Arnaud Basdevant (Partie 2 du rapport : Prise en charge des maladies liées à la nutrition).

- **le soutien à l'aide alimentaire à destination des populations précaires**

Il faudra garantir la pérennité des moyens de l'aide alimentaire, notamment ceux d'origine européenne et nationale et les augmenter compte-tenu de l'accroissement de la demande. La mise en place progressive de la réglementation issue de la loi de modernisation de l'agriculture et de la pêche de 2010 permet de donner de la cohérence aux actions menées et de renforcer la qualité des prestations. La DGCS et la DGAL sont en charge de ce volet. L'amélioration de la qualité nutritionnelle engagée depuis plusieurs années, et dont les résultats de l'étude ABENA 2 ont montré quelques effets positifs, doit être poursuivie (*Grange et al., 2013*). Les moyens et processus permettant d'augmenter la disponibilité de fruits et légumes ou de produits de la pêche devront être renforcés. Des outils adaptés devront également être mis à la disposition des structures d'aide alimentaire pour renforcer les

animations et l'information qui entourent la distribution d'aide alimentaire dans la diversité de ses modalités. Les sessions de formation de bénévoles mises en place sur l'ensemble du territoire devront être poursuivies.

- **la déclinaison outre-mer du PNNS/PO**

Il faudra renforcer la déclinaison du PNNS/PO en outre-mer, notamment :

- garantir que l'offre alimentaire ne soit pas sur le plan nutritionnel plus défavorable qu'en métropole et que soit appliqué l'Article L3232-5 du code de la santé publique créé par LOI n°2013-453 du 3 juin 2013 - art.1. Cet article visant à garantir la qualité de l'offre alimentaire en outre-mer stipule qu'aucune denrée alimentaire de consommation courante destinée au consommateur final [en outre-mer] ne peut avoir une teneur en sucres ajoutés supérieure à celle d'une denrée similaire de la même marque distribuée en France hexagonale. Cette mesure doit faire l'objet d'un suivi de sa mise en place. Il sera également nécessaire d'amplifier les mesures volontaires prises déjà par certaines marques en stimulant la signature de nouvelles chartes d'engagements de progrès nutritionnel.
- l'adaptation des messages du PNNS aux contextes alimentaires locaux doit être poursuivie. La formation prévue des responsables et concepteurs de programmes TV ainsi que des producteurs, organisée par les antennes locales des chaînes de télévision en lien avec l'ARS, doit être mise en place.
- il convient, comme en métropole, de dynamiser fortement une coordination des collectivités territoriales PNNS au niveau de chaque département d'outre-mer afin d'amplifier les actions au plus proches des citoyens en tenant compte des inégalités sociales de santé. Un accent particulier devra notamment être porté à l'enfance, à l'offre alimentaire (en restauration scolaire ou ses substituts), à la promotion de l'eau comme boisson du quotidien (et la limitation de la consommation des boissons sucrées) et à la question de la promotion d'activité physique. L'implication des ARS sur ces sujets est particulièrement nécessaire et importante compte tenu des spécificités locales et des priorités. Les ressources utiles doivent être consacrées au développement des actions, à la formation des ressources humaines.
- En matière de surveillance, l'étude Kannari en Martinique et Guadeloupe est en cours, ses résultats permettront une adaptation régionale des mesures. Une étude de consommation alimentaire et d'évaluation de l'état nutritionnel devra être réalisée en Guyane pour compléter le dispositif de surveillance.
- A Mayotte, le travail préalable mené en vue de permettre la distribution d'aliments de complément (à l'allaitement maternel) pour les très jeunes enfants doit être mené à terme afin de proposer une solution économiquement viable et socialement acceptable dans le but de supprimer la malnutrition par carence sur ce territoire. Il sera parallèlement nécessaire d'investiguer la situation nutritionnelle des femmes enceintes et du diabète et s'interroger sur les moyens de limiter l'offre de boissons sucrées qui apparaît préoccupante.

- La nécessité d'apporter les moyens et la coordination indispensable à l'organisation du système de soins pour traiter la question de l'obésité est traitée dans le rapport du Pr Arnaud Basdevant (Partie 2).

- **la recherche**

Il faudra renforcer les appels d'offre ciblés sur les aspects de nutrition de santé publique. Les experts du comité stratégique du PNNS (mesure n°1) devront formuler, chaque année, des propositions de priorités de recherche dans le domaine de la nutrition avec l'objectif de disposer de données utiles à l'orientation de la politique nutritionnelle de santé publique. Ces propositions seront transmises aux principaux organismes publics en charge du financement de la recherche.

Un accent particulier devrait être donné aux recherches interventionnelles en nutrition et aux études épidémiologiques s'intéressant aux déterminants des comportements alimentaires et à la pratique d'activité physique permettant d'identifier les freins et les leviers d'action pour orienter les politiques publiques. Il sera nécessaire d'inscrire les problématiques nutritionnelles dans les éditions ultérieures des appels à projets dans le champ de la prévention primaire (IRES, INCa, ANR...).

Dans le cadre des nouvelles propositions faites dans ce rapport, un soutien devra être donné aux recherches spécifiques permettant d'améliorer ou de réorienter certaines mesures (voir mesure n°15). Dans ce cadre, il faudra soutenir les recherches portant sur les évaluations ex-ante de politiques publiques basées sur des simulations pour avoir une idée plus précise du design des politiques publiques à implémenter (par exemple tester différents seuils de taxe nutritionnelle et analyser les effets pervers de taxe ou subvention analysés de manière ex-ante, en termes de substitutions de produits et ainsi en termes de contenu nutritionnel des achats des ménages).

- **la surveillance nutritionnelle et l'évaluation des actions**

Diverses études de surveillance visant à informer sur l'état nutritionnel, la consommation alimentaire et l'activité physique de la population française (étude INCA3, volet nutrition de l'étude Esteban, étude sur les enfants de grande section de maternelle), sont prévues en 2014. Il sera également nécessaire de renouveler régulièrement les études sur les bénéficiaires de l'aide alimentaire et sur l'alimentation des enfants de moins de 1 an. Le dispositif de surveillance doit être complété avec des études spécifiques sur les personnes âgées, en institution et vivant à domicile et une cohorte représentative de la population française surveillée par Internet (en s'appuyant sur les outils développés dans le cadre de l'étude Nutrinet-Santé). Enfin la disponibilité systématique de données de niveau régional apparaît nécessaire pour permettre un pilotage des projets régionaux de santé.

D'autre part, il existe de très nombreuses actions d'intérêt mises en place au niveau local (à l'initiative des collectivités locales, d'entreprises ou du monde associatif). Pour valoriser et assurer la transférabilité de ce qui se passe au niveau local, il sera

utile de développer un observatoire des initiatives locales en charge de collecter les informations et de les synthétiser pour en permettre une utilisation collective.

- **la formation des professionnels**

Il est indispensable d'amplifier les formations des professionnels du domaine de la santé, du social, de l'éducation. Ce qui est proposé dans le PNNS3 doit être mis en œuvre

- **la mise en œuvre des actions de santé publique**

Il faudra réactiver le projet inscrit dans la Loi du 21 juillet 2009 portant sur la création d'une Fondation d'Utilité Publique (*code de la santé publique, partie I, livre Ier, Titre VII : Prévention des facteurs de risques pour la santé, Article L1171-1 Créé par LOI n°2009-879, art. 81*). L'article prévoit "Une fondation contribue à la mobilisation des moyens nécessaires pour soutenir des actions individuelles ou collectives destinées à développer des comportements favorables à la santé. Ces actions contribuent notamment à la promotion d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique et sportive ainsi qu'à la lutte contre les addictions."

Cette fondation prévue par la Loi pourrait abriter les multiples fondations et fonds existants permettant dans un cadre cohérent, sur une grande échelle, le développement d'actions de santé publique dans le domaine de la nutrition et permettre de contribuer aux actions des collectivités territoriales.

1.3.2. Réviser la gouvernance du PNNS

Il est nécessaire de modifier la gouvernance du PNNS afin d'en assurer un pilotage plus dynamique, proactif et efficace, permettant :

- a. la coordination du programme et son articulation avec les autres axes de la stratégie nationale de santé relevant du domaine des maladies chroniques ou de leurs déterminants,
- b. d'évaluer, sur la base des données scientifiques collectées dans les systèmes de surveillance, les mesures mises en place au niveau national et de les réorienter si besoin,
- c. de garantir la cohérence des différentes politiques publiques susceptibles d'impacter sur la nutrition de santé publique (émanant d'autres ministères : Agriculture, Education Nationale, Sports, Intérieur...).

Pour cela il serait nécessaire de mettre en place un Comité Stratégique du PNNS (en charge également de la suite du PO) composé d'experts scientifiques, d'acteurs de terrain, de représentants du CNA, des représentants des consommateurs et des associations de patients, et des opérateurs économiques. Les agences sanitaires et les administrations des différents ministères concernés participeront au Comité Stratégique pour apporter une assistance technique au Comité. Le Comité Stratégique s'appuiera également sur des « pôles de ressources » composés de listes d'experts dans les différents domaines

concernés par le programme, mobilisables en fonction des besoins d'expertise pour répondre à des questions spécifiques (en mettant en place des comités ad hoc si nécessaire). Pour chaque mesure structurelle majeure, un comité de mise en œuvre et de suivi spécifique sera mis en place et rendra des avis au Comité Stratégique pendant toute la durée du programme.

Le Comité Stratégique du PNNS émettra des avis destinés au comité interministériel de Santé Publique piloté par le ministère de la santé (annoncé dans la Stratégie Nationale de Santé) qui aura la charge de rendre les arbitrages décisionnels sur ces avis. Dans le cas des arbitrages politiques positifs, les services techniques des ministères mettront en œuvre les actions retenues et rendront compte au Comité Stratégique du PNNS.

Proposition 2

Mettre en place trois mesures générales structurelles complémentaires visant conjointement à :

- **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 (prévention « active »),**
- **améliorer l'offre de marketing en réduisant la pression incitant les consommateurs, notamment les populations plus fragiles (populations défavorisées, enfants, jeunes...), à orienter leur consommation vers des aliments de moins bonne qualité nutritionnelle et en favorisant l'incitation vers des choix alimentaires plus favorables à la santé,**
- **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,**
- **améliorer l'offre alimentaire en termes de qualité nutritionnelle des aliments mise à la disposition de l'ensemble des consommateurs (notamment les jeunes et les populations défavorisées) afin de diminuer de façon significative, mais sans affecter le plaisir gustatif, les apports en graisses, sucres et sel (prévention « passive »).**

Pour atteindre ces objectifs, 3 mesures structurelles sont proposées :

- 1) un système d'information nutritionnelle unique sur la face avant des emballages des aliments : « l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS »,
- 2) une régulation de la publicité en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments,
- 3) une taxe (couplée à une réduction de la TVA) en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments.

Ces mesures sont complémentaires et leur cohérence repose sur l'utilisation d'un outil commun, le score global de qualité nutritionnelle. A titre d'exemple, la méthode de calcul d'un score est détaillé ci-dessous (il s'agit d'une proposition qui devra être validée par un comité ad hoc).

Calcul du score nutritionnel des aliments (s'appuyant sur l'algorithme et les données de base de l'OfCom, UK)

Le calcul du score nutritionnel des aliments, donné à titre d'exemple, est basé sur la méthode proposée par l'OfCom (Rayner *et al.*, 2009). Il s'agit d'un score unique et global dont le calcul repose sur la prise en compte, pour chaque aliment, de 4 éléments constitutifs « négatifs », c'est-à-dire plutôt « défavorables » sur le plan nutritionnel : la densité énergétique (apport calorique pour 100g d'aliment), la teneur en sucres simples, la teneur en graisses saturées et la teneur en sel. L'importance nutritionnelle de ces composants est reconnue dans le cadre du règlement européen INCO qui en impose l'étiquetage obligatoire d'ici 2016. Pour chacun de ces éléments, sont attribués des points, allant de 1 à 10 en fonction de l'apport calorique (densité énergétique) ou du contenu en graisses saturées, en sucres simples et en sel (pour 100 g d'aliment). La composante négative N du score PNNS est la note correspondant à la somme des points définis pour les 4 éléments : cette note va donc théoriquement du plus favorable au moins favorable de 0 à 40.

Ce score N sera éventuellement minimisé par la soustraction d'éléments nutritionnels considérés comme positifs « composante P », calculée en fonction de la teneur de l'aliment en fruits ou légumes (et noix), en fibres et en protéines. Pour chacun de ces éléments, des points, allant de 1 à 5 sont attribués en fonction de l'apport de fruit et légumes, de fibres et de protéines (pour 100 g d'aliment). La composante positive P du score nutritionnel est la note correspondant à la somme des points définis pour les 3 éléments : cette note va donc théoriquement du plus favorable au moins favorable de 15 à 0.

Le calcul final du score nutritionnel se fait en soustrayant à la note de composante négative N la note de la composante positive P

$$\text{Score nutritionnel} = N (0-40) - P (0-15)$$

Les notes théoriques du score vont donc de -15 (le plus favorable sur le plan nutritionnel) à +40 (le plus défavorable sur le plan nutritionnel).

Les niveaux retenus pour attribuer le nombre de points pour les 4 éléments négatifs ou pour les 3 éléments positifs pourraient se baser sur ceux de l'OfCom, sous réserve d'adaptations mineures pour être en adéquation avec les recommandations du PNNS et les apports nutritionnels conseillés pour la population française.

	<i>Densité énergétique (KJ/100g)</i>	<i>Graisses saturées (g/100g)</i>	<i>Sucres simples (g/100g)</i>	<i>Sodium (mg/100g)</i>
0	≤ 335	≤ 1	≤ 4,5	≤ 90
1	> 335	> 1	> 4,5	> 90
2	> 670	> 2	> 9	> 180
3	> 1005	> 3	> 13,5	> 270
4	> 1340	> 4	> 18	> 360
5	> 1675	> 5	> 22,5	> 450
6	> 2010	> 6	> 27	> 540
7	> 2345	> 7	> 31	> 630
8	> 2680	> 8	> 36	> 720
9	> 3015	> 9	> 40	> 810
10	> 2350	> 10	> 45	> 900

	<i>Fruits et légumes et noix (g/100g)</i>	<i>Fibres (g/100g) AOAC</i>	<i>Protéines (g/100g)</i>
0	≤ 40	≤ 0,9	≤ 1,6
1	> 40	> 0,9	> 1,6
2	> 60	> 1,9	> 3,2
3	-	> 2,8	> 4,8
4	-	> 3,7	> 6,4
5	80	> 4,7	> 8,0

Ce système de calcul (publié au niveau international) doit être transparent et accessible aux professionnels et au grand public : des dépliants d'information et un site internet devront reprendre les éléments du calcul sous une forme compréhensible pour tous et pourront être complétés par des informations complémentaires d'intérêt notamment sur la taille des portions, les repères de consommation du PNNS...

Mesure n°2

Mettre en place un système d'information nutritionnelle unique sur la face avant des emballages des aliments : « l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS »

2.1. Objectif de la mesure

Mettre en place un système d'information nutritionnelle unique, simple et compréhensible sur la face avant des emballages des aliments (ou sur les rayons et/ou dans les magasins pour les produits bruts):

- a) renseignant le consommateur, au moment de l'acte d'achat, sur la qualité nutritionnelle globale des aliments lui permettant d'orienter ses choix,
- b) et incitant les industriels à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments qu'ils produisent et leur offrant l'opportunité par le système de valoriser leur effort en terme de reformulation/ innovation.

2.2. Principe général de la mesure

Le système d'information nutritionnelle unique (*« échelle de qualité nutritionnelle du PNNS »*), obligatoire à terme, placé sur la face avant des emballages des produits alimentaires, en rayon ou dans les magasins pour les aliments non emballés et sur toute publicité relative à l'aliment aura une double vocation :

- a) permettre aux consommateurs d'appréhender en un coup d'œil et de façon compréhensible la qualité nutritionnelle globale des aliments au moment de leur acte d'achat. Le consommateur pourra ainsi intégrer la dimension nutritionnelle dans les arbitrages orientant ses choix par une comparaison simple entre aliments de familles différentes et, dans la même famille, entre différentes marques ou entre formulations d'une même marque ;
- b) inciter les producteurs et distributeurs d'aliments à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments qu'ils produisent ou distribuent afin de « bénéficier » d'un positionnement le plus favorable possible sur le système d'information nutritionnel (sur l'échelle de qualité nutritionnelle visible par les consommateurs) et ainsi valoriser leur effort en terme de reformulation nutritionnelle ou d'innovation.

2.3. Les bases scientifiques et le contexte général justifiant la mesure

2.3.1. Les données scientifiques disponibles

Depuis plus d'une décennie, de nombreux Comités d'Experts nationaux et internationaux, recommandent, en se fondant sur divers types de travaux scientifiques (expérimentaux, épidémiologiques, de terrain...) la mise en place, sur la face avant des emballages des aliments, d'un système d'information nutritionnelle ou un logo complémentaire à

l'étiquetage informatif (qui lui est, en général, en face arrière des emballages). C'est le cas des Comités réunis à l'initiative des instances de santé publique nationales aux USA (*Institute of Medicine, 2012*) au Royaume Uni (*Academy of Medical Royal Colleges, 2013, Food Standard Agency et al., 2013*), en Australie (*Gill et al., 2010*), en Nouvelle-Zélande (*New Zealand front of pack labelling advisory group, 2012*), au Canada (*Lyons et al., 2010*) et des rapports élaborés par l'OMS (*WHO, 2009, WHO Europe, 2011a*). De nombreux rapports récents, émanant d'experts, tant en France (*INSERM, 2013, Ruffieux & Muller, 2011*) qu'au niveau international (*Eatwell Project, 2012, EUFIC, 2006, European Heart Network, 2011, Food Standard Agency et al., 2013, Institute of Medicine, 2012, Institute of Medicine & In, 2012, Lyons et al., 2010, Mwatsama, 2013, New Zealand front of pack labelling advisory group, 2012, WHO, 2009, WHO Europe, 2011a*) discutent les avantages et les limites de cette approche et des différents systèmes proposés.

Il existe, en effet, dans ce domaine, une très abondante littérature scientifique qui fait l'objet de revues systématiques dans les différents rapports d'experts (*Campos et al., 2011, Cowburn & Stockley, 2005, Grunert & Wills, 2007, Hawley et al., 2013*). Si aucune étude n'a pu tester l'impact réel des systèmes d'informations nutritionnelles en face avant des emballages, dans des conditions réelles et sur du long terme sur l'état nutritionnel ou l'état de santé ni même sur les comportements alimentaires de façon durable, il existe de nombreux travaux contribuant à alimenter la réflexion. La plupart des études disponibles sont réalisées dans des cadres contrôlés ou virtuels et utilisent le plus souvent des emballages factices plutôt que des produits réels. D'autre part, ils ne correspondent pas aux conditions qui existeraient si une telle mesure était appliquée de façon globale, massive et environnée par une communication spécifique et étendue. Dans le meilleur des cas les études portent sur les comportements d'achat à court terme mais ne testent pas l'impact de la mesure mise en place dans la durée.

Malgré ces limites, les travaux existants apportent des données indirectes fournissant des arguments suffisamment convaincants pour aboutir à ce que les Comités d'experts nationaux ou internationaux proposent des recommandations soutenant la mise en place de ce type de mesure. Toutes les analyses systématiques publiées concluent que les systèmes d'information nutritionnelle sont susceptibles d'influencer les consommateurs et que ces effets touchent tous les groupes de population, notamment ceux avec les plus faibles niveaux d'éducation, plus à risque nutritionnel (obèses, hypertendus) ou qui ont le plus faible intérêt pour la nutrition.

De nombreuses études portent sur la perception et la compréhension de différentes formes d'information nutritionnelle. Parmi, les rares études qui se sont intéressées à l'impact de l'affichage nutritionnel sur les achats des consommateurs, une recherche d'économie expérimentale menée en France (*Ruffieux & Muller, 2011*) a permis de tester en conditions expérimentales l'impact de différents logos, apposés en « face-avant » des emballages, sur la qualité nutritionnelle des achats pour la famille. Une amélioration significative de la qualité nutritionnelle des achats a été observée pour tous les logos testés. Des différences d'efficacité ont été mises en évidence entre les logos, l'ampleur des améliorations observées étant plus forte pour les groupes aux revenus plus faibles. Les

résultats de l'expérience montrent une amélioration de la qualité nutritionnelle des caddies dans 68 % des cas après l'introduction des logos. Un format à signal unique, soit une pastille verte qualifiant les aliments les plus « favorables sur le plan nutritionnel », est plus efficace qu'un format pastille par nutriment ou des histogrammes par nutriment. Les auteurs concluent que dans le contexte expérimental, les logos les plus simples sont les plus efficaces. Ils montrent aussi qu'un format qui étend la première indication verte par une pastille rouge indiquant les produits déconseillés permet de meilleurs choix, notamment chez les populations ayant peu de connaissances en nutrition et, dans une moindre proportion, ayant des revenus faibles.

Si l'approche d'économie expérimentale donne des informations soutenant la proposition d'une mesure dans ce sens, les rares études qui ont analysé l'implantation en magasin, d'un affichage de type logo n'ont pas été capables de mettre en évidence d'amélioration de la qualité nutritionnelle des achats (*Darmon et al., 2011, Sacks et al., 2009, van 't Riet, 2013*). Cependant, les auteurs rappellent qu'on ne peut conclure si cet échec est dû à l'absence réelle d'effet des interventions testées, ou à l'impossibilité de révéler leur impact propre à travers les protocoles mis en œuvre, du fait des nombreux facteurs de confusion inhérents aux interventions en vie réelle. Notamment, dans le cadre d'un magasin spécifique, l'activité commerciale est sans cesse ponctuée d'évènements (changement de packaging, de prix et d'emplacement des produits, offres promotionnelles, disparition ou introduction de produits porteurs du logo...) susceptibles de venir interférer avec la modification d'étiquetage qui doit être évaluée en tant que telle ; la limitation de l'intervention à seulement certaines gammes de produit (pour des problèmes de logistique liés au caractère expérimental) sème le doute chez les consommateurs ; les rayons où se côtoient des produits marqués et des produits non marqués brouillent l'interprétation par les consommateurs (*INSERM, 2013*).

Malgré le caractère indirect des données scientifiques disponibles, tous les comités d'experts internationaux (*CDC, 2011a, CDC, 2011b, Eatwell Project, 2012, EUFIC, 2006, European Heart Network, 2011, Food Standard Agency et al., 2013, Gill et al., 2010, Institute of Medicine, 2012, Institute of Medicine & In, 2012, Jewell et al., 2013, Khan et al., 2009, Lyons et al., 2010, Morestin et al., 2011, Mwatsama, 2013, New Zealand front of pack labelling advisory group, 2012, SFSP, 2010, WHO Europe, 2011a*) concluent, après une revue systématique de la littérature scientifique dans ce domaine, de l'intérêt de proposer un outil d'orientation du choix des consommateurs, au moment de l'acte d'achat, sur la face avant des emballages alimentaires. Certains comités proposent également un outil d'information nutritionnel sur les menus dans les lieux de restauration collective et les rayons des lieux de vente. Tous les Comités d'experts considèrent que les données, sont suffisantes et suffisamment probantes compte-tenu de la cohérence des résultats des travaux disponibles pour retenir cette mesure et la proposer comme une stratégie majeure pour l'amélioration de l'état nutritionnel et/ou de lutte contre l'obésité en minimisant les inégalités sociales de santé dans le domaine nutrition.

2.3.2. Le contexte général et les éléments d'aide à la décision pour mettre en place cette mesure

- **Une forte demande des consommateurs**

Un argument supplémentaire supportant la mise en place d'un système d'information nutritionnel et la forme à proposer est, comme le rappelle l'expertise collective de l'INSERM sur les Inégalités Sociales de Santé dans le domaine de la nutrition (INSERM, 2013), le fait que « plusieurs études, comme celle réalisée en France par l'association de défense des consommateurs CLCV (CLCV, 2006) ou celle réalisée par l'European Food Information Council (EUFIC, 2006), montrent que les consommateurs sont en attente d'une meilleure information sur la qualité nutritionnelle des aliments et mettent en avant leur intérêt pour une information simple en « face-avant ». Les logos en « face-avant » seraient mieux compris par les consommateurs que les références chiffrées (tableaux de composition nutritionnelle, pourcentages des Recommandations Nutritionnelles Journalières). En fait, c'est la combinaison de logos en face avant des emballages et de l'étiquetage nutritionnel en face arrière qui améliorerait l'efficacité de l'information nutritionnelle et sa crédibilité par les consommateurs. L'expertise collective de l'INSERM 2013 sur les inégalités sociales dans le domaine de la nutrition (INSERM, 2013) rappelle que l'affichage nutritionnel fait partie des politiques proposées pour favoriser une alimentation saine et améliorer la santé publique. Il apparaît nécessaire pour compléter les guides alimentaires élaborés par les autorités publiques, car ces derniers délivrent des messages généraux sur l'équilibre entre grands groupes d'aliments, mais sont de moins en moins adaptés à la complexité actuelle de l'offre alimentaire (Darmon, 2009).

- **Un effet attendu sur la qualité nutritionnelle des aliments, une valorisation possible des efforts des industriels**

Un autre élément à prendre en considération est le fait que le système d'information nutritionnel peut aussi avoir un effet sur les caractéristiques des produits à travers son impact sur les stratégies des entreprises. Dès lors qu'un affichage nutritionnel est en place, les variables nutritionnelles deviennent un élément du jeu concurrentiel et de la réputation des marques. La littérature suggère que, placés en face avant des produits, en plus de leur capacité à éclairer le consommateur dans ses choix, les outils d'aide à la décision, permettent d'agir efficacement sur l'offre alimentaire (Eckel et al., 2007, Golan et al., 2007) en incitant les acteurs économiques, à reformuler leurs produits vers une meilleure qualité nutritionnelle (Golan et al., 2007, Morestin et al., 2011). Par exemple, la mise en place du logo nutritionnel « Pick the tick » en Nouvelle Zélande a, par exemple, permis de réduire la teneur en sel de nombreux produits mis sur le marché (Young & Swinburn, 2002). Un autre travail analysant les informations nutritionnelles de 821 produits de fabricants de produits alimentaires participant au « Choice Program » en Hollande (Vyth et al., 2010) a montré que 168 produits avaient été reformulés après l'introduction du logo « Choice » et 236 nouveaux produits mis sur le marché répondaient aux critères du logo. Il y a eu notamment des améliorations de la teneur en fibres et des

diminutions des teneurs en sodium et acides gras saturés pour des charcuteries, sandwichs et autres produits transformés...

Cette modification de l'environnement alimentaire permet de toucher un public bien plus large que celui initialement visé par l'amélioration de l'information nutritionnelle.

Un autre moteur possible du système d'information nutritionnelle pour stimuler les efforts d'amélioration de la qualité nutritionnelle des produits (comme le développement de nouveaux produits de meilleure qualité) est la possibilité qu'il puisse offrir de valoriser les efforts des opérateurs économiques s'ils sont significatifs. Les entreprises qui ont signé des chartes de progrès nutritionnel du PNNS en France ont souvent fait part de leur regret de ne pas pouvoir mieux valoriser leurs efforts. Le règlement européen « allégation » bride toute initiative en ce sens sauf à utiliser la possibilité laissée d'un étiquetage volontaire unique au niveau national.

Dans un marché concurrentiel, comme nous le connaissons en France (et dans le reste du monde), un outil bien conçu d'information sur la qualité nutritionnelle des aliments pourrait pousser les acteurs économiques à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments qu'ils fabriquent pour bénéficier d'une visibilité plus favorable dans le système d'information nutritionnelle. Ceci peut être un élément fort pour l'innovation de nouveaux produits intégrant dans leur conception les règles du jeu pour bénéficier d'un meilleur placement dans le système d'information nutritionnelle. Le système sera également susceptible de stimuler les reformulations à condition que le modèle proposé soit suffisamment souple pour permettre qu'une amélioration nutritionnelle puisse être valorisée dans le système.

- **Un système volontaire ou obligatoire ?**

Le consommateur doit disposer, comme pour les signes de qualité, l'identification d'une marque, le prix, la valorisation de la praticité qui contribuent à orienter le choix, d'un système d'information simple pour prendre en compte la dimension nutritionnelle du produit alimentaire. Il s'agit bien de différencier les produits entre eux sur le plan nutritionnel, de même que les autres paramètres distinguent les produits les uns des autres.

L'introduction d'un modèle obligatoire permet d'ouvrir un nouveau secteur de compétitivité pour les entreprises afin de parvenir à un meilleur positionnement sur le système d'information nutritionnel par la reformulation des recettes ou l'introduction de nouveaux produits de meilleure qualité nutritionnelle. Pour cela le système doit offrir une marge de manœuvre suffisante. Il s'agit bien de permettre une différenciation sur le plan nutritionnel des produits entre catégories et au sein d'une même catégorie, dans le but de faciliter, *in fine*, un apport nutritionnel de meilleure qualité pour chacun, notamment pour les personnes dont le niveau d'éducation ne permet pas une analyse complète des étiquetages nutritionnels (ce sont les plus vulnérables sur le plan de la santé et de la nutrition).

Il est clair que le caractère obligatoire d'un système d'information nutritionnelle, bien que nécessaire sur le plan de l'intérêt de la santé publique, risque de se heurter dans un premier temps aux règlements européens en cours. Il s'agira dans une démarche avec les partenaires européens d'amender, dans le futur, certains textes afin de prendre en compte ce point. Le positionnement des Etats par exemple à l'occasion de la déclaration de Vienne montre que les décisions politiques sont susceptibles d'évoluer à moyen terme. La question des outils d'évaluation, permettant de légitimer la position française, prend alors tout son sens.

- **La question épineuse du choix d'un modèle**

La question posée aujourd'hui n'est donc plus vraiment sur la pertinence d'un système d'informations nutritionnel destiné à orienter le choix des consommateurs au moment de l'acte d'achat mais sur le type d'outil à proposer et les conditions de sa mise en œuvre.

Il existe de très nombreux travaux scientifiques comparant la compréhension, la perception et l'impact sur les choix, de différents systèmes d'information ou de logos nutritionnels. Bien qu'il existe vraisemblablement des différences culturelles, parmi les multiples modèles testés dans le monde, les systèmes comprenant un seul symbole avec une échelle colorimétrique de quelques couleurs (type traffic light au Royaume-Uni) sont ceux permettant d'orienter le plus efficacement les choix alimentaires vers les aliments de meilleure qualité nutritionnelle (*Hawley et al., 2013, Institute of Medicine, 2012, Kelly et al., 2009, Lobstein & Davies, 2009, Louie et al., 2008*). Par ailleurs, il est intéressant de noter que ce type de système a la même performance quel que soit le niveau socio-économique du consommateur (*Kelly et al., 2009*) même si les déclinaisons simples du traffic light sont plus appréciées par les populations de plus faible niveau socio-économique dans les études de perception faites en France (*Mejean et al., 2013*).

Enfin beaucoup d'autres facteurs peuvent intervenir pour parvenir à un système efficace. Par exemple, il apparaît nécessaire que celui-ci soit apposé au même endroit du paquet quelle que soit la forme du packaging (*Institute of Medicine, 2012*). De plus, pour assurer la reconnaissance et l'adhésion à long terme au modèle, des campagnes d'information à grande échelle et soutenues dans le temps doivent être envisagées (*Institute of Medicine, 2012*).

2.4. Actions

Nous proposons la mise en place d'un système d'information nutritionnelle sous forme d'un outil synthétique («*l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*») pour faciliter l'estimation rapide par le consommateur de la qualité nutritionnelle d'un produit alimentaire proposé à la vente, afin de contribuer avec les autres caractéristiques du produit à la décision d'achat (complémentaire à l'étiquetage qui fournit une information détaillée sur la composition nutritionnelle par nutriment et l'apport calorique).

- Le système doit être discriminant pour différencier les aliments entre différentes familles/catégories et, identifier au sein des aliments de même famille/catégorie la variabilité de la composition nutritionnelle.

- Le système doit être simple, bien visible, reconnaissable et compréhensible immédiatement par tous (notamment les populations plus défavorisées), applicables sur les emballages et documents promotionnels et publicitaires du produit ou pour les produits bruts sur les rayons des lieux de vente ou à l'intérieur des magasins (et sur les supports internet). Il doit pouvoir être mis en place en restauration hors domicile.
- Le système doit contribuer à inciter les producteurs à améliorer la composition nutritionnelle de leur produit

Le système reposera sur le calcul d'un score nutritionnel global applicable à tous les aliments permettant de comparer, sur la même base, avec les mêmes critères reposant sur un système unique, la qualité nutritionnelle des aliments entre eux (du moins favorable... au plus favorable nutritionnellement) avec une triple finalité :

- 1) pouvoir situer dans l'absolu la qualité nutritionnelle d'aliments appartenant à des familles différentes (par exemples les céréales petit déjeuner, les produits laitiers, les sodas, les fruits, les légumes, les viandes, les charcuteries, les légumes secs, les biscuits, les matières grasses, les plats cuisinés...),
- 2) pouvoir comparer la qualité nutritionnelle relative d'aliments appartenant à la même famille d'aliments. Par exemple, dans la famille des céréales petit déjeuner comparer les mueslis versus les céréales chocolatées, versus les céréales chocolatées et fourrées. Autre exemple : comparer les biscuits secs, versus les biscuits confiturés, versus les biscuits chocolatés,
- 3) pouvoir comparer la qualité nutritionnelle d'un même type d'aliment proposé par des marques différentes. Par exemple, comparer les céréales chocolatées et fourrées d'une marque par rapport à son « équivalent » d'une autre marque ou les biscuits chocolatés de différentes marques...

Le score nutritionnel qui permet de positionner un aliment dans le système d'information nutritionnelle (*l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*) donne une image de la qualité nutritionnelle globale de l'aliment. Il est calculé, pour chaque aliment, sur la base des teneurs en « éléments nutritionnels » pertinents du point de vue de la santé publique (négatifs et positifs). Le système d'information nutritionnelle (*l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*) doit offrir un nombre suffisant de « classes de qualité nutritionnelle » pour permettre aux industriels de pouvoir bénéficier réellement de la possibilité d'un changement de classe dans la gradation de *l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS* (couleurs/lettres), en fonction de leurs efforts d'amélioration de la qualité nutritionnelle, que ce soit dans la reformulation des produits existants et lors de la création de nouveaux produits. Les efforts faits au niveau de la qualité nutritionnelle d'un aliment par un industriel pourront, s'ils sont significatifs, bénéficier d'une traduction au niveau du système d'information nutritionnelle grâce au changement de classe de qualité nutritionnelle qui se traduira par un changement de couleur/lettre.

Le système d'information nutritionnelle (*l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*) doit donc être simple, facile à comprendre; l'algorithme permettant la définition des classes

doit être transparent et reproductible; les produits au sein d'une même catégorie doivent pouvoir être différenciés avec le système, et les efforts de reformulation des produits vers des recettes de meilleure qualité nutritionnelle encouragés (*Drewnowski & Fulgoni, 2008*).

Par ailleurs, le développement et la sélection du profil nutritionnel permettant l'application dans le cadre du système d'information nutritionnelle (*l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*) doit suivre les exigences de la recherche scientifique, être transparent, et validé par rapport à une alimentation équilibrée. Sa construction doit prendre en considération les éléments les plus impactant en termes de santé publique (calories et nutriments majeurs). Actuellement, la littérature scientifique recense plus de 150 profils nutritionnels, développés par des équipes de recherche ou par des agences nationales. Pour des raisons de qualité scientifique, de mode de construction, de validation de l'outil et de son utilisation dans diverses applications, nous avons retenu, à titre d'exemple, le système de calcul répondant à l'ensemble de ces exigences. Il s'agit du système qui a été initialement développé par l'Office of Communication (OfCom) en Grande Bretagne (*Rayner et al., 2009*) afin de réguler la publicité pour les produits alimentaires destinée aux enfants. Le calcul du score est détaillé page 41.

Le système d'information nutritionnelle (*l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*) proposé est donc basée sur le calcul du score développé pour l'OfCom pour les profils nutritionnels anglais en l'adaptant au paysage alimentaire français. Il devra être validé par un Comité ad hoc et s'il est retenu, les seuils utilisés pour les différents éléments pris en compte pour le calcul du score devront être adaptés.

2.4.1. Caractéristiques du système d'information sur la qualité nutritionnelle des aliments (l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS)

Nous proposons à titre d'exemple un système d'information nutritionnelle permettant d'illustrer la prise en considération des différents déterminants énoncés ci-dessus. Il ne s'agit pas d'une proposition définitive mais d'un modèle dont le design (couleur, forme, contenu...) pourra être amélioré après discussion avec les spécialistes concernés.

Afin de permettre de répondre au double objectif de discrimination entre les familles alimentaires et entre les produits alimentaires d'une même famille, l'exemple de modèle que nous avons retenu pour le système d'information nutritionnelle (*l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*) comprend cinq catégories de qualité nutritionnelle. Les seuils universels des scores nutritionnels (calculés par la méthode présentée ci-dessus) fixés pour définir les 5 catégories devront être précisés par un comité d'experts nationaux (en s'appuyant sur les données de l'Oqali sur la variabilité des compositions des aliments du marché français pour définir les seuils les plus pertinents). Les seuils seront les mêmes pour tous les aliments (et non pas fixés par famille d'aliments).

La grande variabilité de qualité nutritionnelle existante au sein d'un même secteur de produits alimentaires sera à l'origine d'une variabilité de même nature dans les notations nutritionnelles. Ainsi, un même rayon de supermarché pourra comprendre pour un même type de produits plusieurs classes de couleurs du système d'information

nutritionnelle sur l'emballage des aliments, permettant immédiatement au consommateur de repérer le produit alimentaire ayant la meilleure composition nutritionnelle parmi ceux proposés.

Nous proposons que ce système d'information nutritionnelle unique (*l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*) pour l'ensemble des produits alimentaires, représente les 5 classes de qualité nutritionnelle par un code couleur couplé (ou non) à une note, apposée sur la face avant des emballages des produits alimentaires et plat de restauration collective des chaînes de fast-food (et sur toute publicité pour cet aliment ou ce plat) ou sur les rayons de la grande distribution pour certains aliments bruts.

Dans notre exemple, le principe du système d'information nutritionnelle est celui d'une chaîne de 5 disques (qui pourraient être présentées de façon symbolique sous forme de 5 « assiettes »), de couleur différente gradée sur une échelle allant du vert au rouge (vert/jaune/orange/rose fuchsia/rouge) de petite taille ou de grande taille (pour le score atteint par le produit considéré).

La clarté et la compréhension de l'information pourrait être renforcée en couplant à chaque assiette de couleur une lettre correspondante sur l'échelle des « notes d'école » de A à E (point à débattre).

Exemple d'ECHELLE DE QUALITE NUTRITIONNELLE DU PNNS

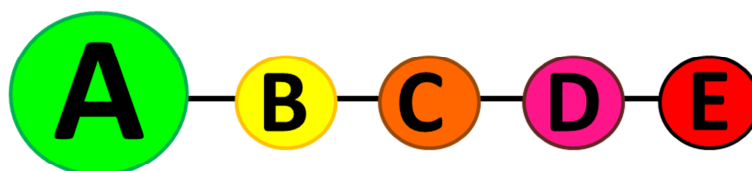
Vert-Jaune-Orange-Rose- Rouge

A B C D E

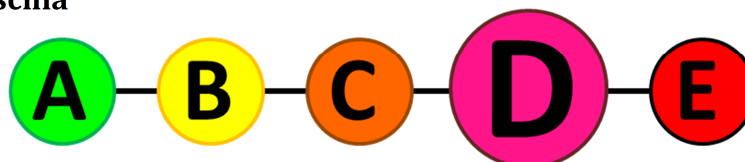
*Meilleure qualité
nutritionnelle*

*Moins bonne qualité
nutritionnelle*

Ex : Produit A/vert



Ex : Produit D/rose fuchsia



Pour un certain nombre de secteurs, les critères de classification seront adaptés afin de tenir compte des spécificités des produits alimentaires concernés :

- Il existera un système de classification spécifique pour les boissons avec des seuils particuliers différents de ceux utilisés pour les aliments solides.
- Dans le cas des boissons lights, en aucun cas la classe attribuée par le score sera au même niveau que l'eau (qui se situe dans la catégorie Vert/A) qui constitue la boisson de base par excellence. La boisson light sera placée dans la catégorie

suivante (jaune/B), mais nettement plus favorable que le produit régulier (qui est lui calorique). L'idée sous-tendant cette exception est qu'il n'est pas souhaité favoriser la promotion d'une boisson véhiculant un goût sucré par rapport à l'eau.

- Dans le cas des huiles alimentaires, par exemple, en dehors de la densité énergétique (classant l'ensemble des huiles alimentaires dans la même catégorie – rouge/E selon la codification initiale), un critère supplémentaire sera retenu concernant la composition de l'huile, favorisant les huiles mélangées.

Il sera possible d'intégrer au système une pondération intégrant une dimension environnementale (en fonction des priorisations qui seront données dans le futur dans la nature des changements de comportements attendus des consommateurs) et il sera nécessaire de s'assurer de l'absence de dissonance si des signes d'information sur la « qualité environnementale » sont proposés à l'affichage sur les produits dans le futur.

2.4.2. Définitions des produits alimentaires concernés

L'apposition du système d'information nutritionnelle (*l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*) devra, à terme, être obligatoire sur tous les aliments solides et boissons, bruts ou manufacturés pré-emballés et sur tout plat et boissons servis dans le cadre de chaînes de restauration collective type fast-food proposant des plats ou boissons préparées avec des recettes standardisées ainsi que sur toute publicité faisant référence à l'aliment ou au plat sur tout support papier (affiches, journaux, magazines...), à la télévision et sur internet (voir chapitre régulation de la publicité). Un message vocal indiquant la situation du produit alimentaire sur l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS sera associé systématiquement à toute publicité radio.

En dehors de l'étiquetage sur la composition nutritionnelle (sur la face arrière des emballages), il sera interdit d'apposer tout logo, système d'information ou étiquetage faisant référence à la composition nutritionnelle. Le système d'information nutritionnelle (*l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*) sera donc reconnu comme le système unique en France.

Dans le cadre de chaînes de restauration collective type fast-food proposant des plats et boissons avec des recettes standardisées, sera associée au système d'information nutritionnelle une mention explicite de l'apport calorique du plat, du menu ou de la boisson proposée à consommer sur place ou emporter.

Seront dispensés de l'apposition du système d'information nutritionnelle les aliments produits par des traiteurs et artisans (définitions à préciser). Pour certains aliments bruts (fruits, légumes...) ou issus de la production d'artisans bien définis (pain en boulangerie), le système d'information nutritionnelle (*l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*) « générique » sera indiqué sur les rayons ou dans le magasin sur une affiche destinée au public.

2.4.3. Faire connaître le système d'information nutritionnelle (l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS)

La réussite de la reconnaissance et de la compréhension du système d'information nutritionnelle (*l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*) auprès des consommateurs reposera sur le développement de différentes stratégies de communication, d'information et de formation :

- développement pendant l'année suivant la mise en place du système, de larges campagnes de communication répétées par l'INPES, destinées à faire connaître et comprendre le système d'information nutritionnelle (sur tous supports : TV, radio, brochures, dépliants...), notamment dans le cadre des espaces gratuits mis à disposition sur les chaînes publiques aux heures de grande écoute (voir mesure n°14). La communication devra être adaptée pour toucher les populations défavorisées.
- développement de séances d'éducation au système d'information nutritionnelle à l'école, au collège et au lycée (et dans le cadre des ateliers périscolaires mis en place dans la réforme des rythmes scolaire, voir mesure n°12),
- formation des travailleurs sociaux (auxiliaires de vie, PMI...) à l'aide d'outils de communication adaptés développés par l'INPES,
- affiches dans lieux de vente, grande distribution, distributeurs automatiques payants...
- affiches/leaflets chez les professionnels de santé (médecins, diététiciens, infirmiers et autres paramédicaux),
- développement d'un site internet consacré au système d'information nutritionnelle destiné au grand public et aux professionnels qui comprendra des informations sur le système et le calcul du score avec des informations complémentaires (taille des portions, équilibre alimentaire, possibilités d'utilisations personnalisées...)

RAPPEL :

Cette mesure, comme toutes celles proposées dans ce rapport, doit être intégrée dans l'ensemble du dispositif de la politique nutritionnelle exprimée via le PNNS. Son efficacité sera d'autant plus forte qu'elle se combine avec les autres actions et notamment les mesures synergiques et complémentaires proposées dans le reste du rapport.

Comme toutes les autres mesures proposées, elle devra faire l'objet d'une évaluation permanente sur des indicateurs adéquats (connaissance, compréhension, perception par les consommateurs, évolution du nombre d'aliments dans chaque catégorie de l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS, nombre de changements de catégorie par reformulation, innovations, impact sur les choix alimentaires à court et long terme...).

Mesure n°3

La régulation de la publicité en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments

3.1. Objectif de la mesure

Cette mesure vise :

- 1) à réduire la pression marketing (notamment la publicité télévisuelle et sur différents supports) incitant la population, notamment les sujets les plus fragiles (enfants, adolescents, populations défavorisées...) à consommer des aliments de moindre qualité nutritionnelle (gras, sucrés, salés) dont on veut éviter une consommation excessive, ou à avoir des comportements défavorables pour leur santé,
- 2) à favoriser la promotion d'aliments de meilleure qualité nutritionnelle,
- 3) à inciter les industriels à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments afin de pouvoir rentrer dans le cadre des aliments autorisés à faire de la publicité.

3.2. Principe général de la mesure

Le PNNS considère que si aucun aliment est condamnable en lui-même et que c'est l'usage qui peut amener à des problèmes nutritionnel, il n'en demeure pas moins que certains aliments en fonction de leur qualité nutritionnelle doivent faire l'objet d'une promotion pour en favoriser la consommation et d'autres doivent faire l'objet de mesures pour éviter d'inciter les consommateurs à une consommation excessive. Il ne s'agit donc pas d'interdire ou de bannir certains aliments dont la composition nutritionnelle est particulièrement défavorable, mais de réduire la pression marketing poussant à leur consommation. Cette pression est particulièrement forte actuellement comme en témoignent les niveaux très élevés des investissements publicitaires annuellement investis par les entreprises pour faire la promotion de produits qui en moyenne, au regard des objectifs affichés en santé publique, ont une composition nutritionnelle plutôt défavorable. La publicité, notamment à la télévision touche particulièrement les populations fragiles et notamment les enfants. Le principe de la mesure proposée est donc de réguler la publicité, qui par l'utilisation de moyens de persuasion efficaces sur des personnes vulnérables comme les jeunes enfants, contribue (en relation avec d'autres déterminants) à des effets défavorables sur l'état nutritionnel et de santé de ces populations.

La mesure de régulation de la publicité vise à diminuer la pression publicitaire forte, particulièrement pour les enfants (et impactant également les populations défavorisées), en fixant des règles du jeu claires définissant des seuils de scores nutritionnels cohérents au-dessus desquels la publicité doit être limitée (et notamment interdite aux heures de grande écoute à la TV ou sur certains supports internet). La mesure autorisant la publicité (TV, internet) pour les aliments en-dessous des seuils de scores nutritionnels fixés, offre ainsi une marge de manœuvre possible pour les opérateurs économiques qui,

en améliorant de façon significative la qualité nutritionnelle des aliments qu'ils produisent auront l'opportunité de rentrer dans la « zone » d'accès à la publicité.

Il s'agit également par les mesures réglementaires d'éviter l'incitation à des comportements défavorables à la santé, notamment l'incitation du public au travers de la publicité à la pratique de méthodes ou l'utilisation de produits de régimes.

3.3. Le contexte scientifique général justifiant la mise en place d'un système de régulation de la publicité

3.3.1. Impact de la publicité sur les comportements alimentaires et l'état nutritionnel

La question de l'impact de la publicité sur les comportements alimentaires et l'état nutritionnel des individus (et notamment celui des enfants), a fait l'objet de nombreux travaux de recherche au cours des 2 dernières décennies et a donné lieu à d'importantes controverses quant au caractère causal de la relation publicité/consommation alimentaire/pathologies chroniques et prévalence de l'obésité. Cependant, tous les comités d'experts nationaux (*Academy of Medical Royal Colleges, 2013, Eatwell Project, 2012, Food Standard Agency et al., 2013, Gill et al., 2010, Institute of Medicine & In, 2012*) et les organisations internationales (*OMS (WHO, 2009, WHO Europe, 2011a), IASO/IOTF (Mwatsama, 2013), WCRF (Jewell et al., 2013), European Heart Network, (European Heart Network, 2011)*) en charge de recommandations nutritionnelles de santé publique, qui se sont réunis au cours des dernières années, se prononcent clairement, après analyse et revue systématique des travaux scientifiques disponibles, pour une régulation de la publicité alimentaire, notamment télévisuelle.

Le premier élément justificatif est que de nombreuses études mettent en évidence que les produits alimentaires constituent une part prépondérante des campagnes publicitaires diffusées au cours des programmes de télévision et particulièrement ceux destinés aux enfants (*Eatwell Project, 2012*). Les travaux, font en outre état d'une surreprésentation des produits pourvoyeurs de sucres simples ajoutés ou de lipides, dans les publicités télévisées à destination des enfants (*INSERM, 2013*). Par exemple au Royaume-Uni, avant la mise en place en 2007 d'une régulation, 75 % de la publicité alimentaire était faite via la télévision et faisait la promotion le plus souvent des aliments riches en sucres, gras et sel (*Eatwell Project, 2012*). En France, le secteur de l'alimentation est le 1^{er} parmi les secteurs qui investissent dans la publicité TV avec un budget d'investissement de 1 592,8 millions d'euros en 2012 (*Kantar Media, 2012*); 87 % des publicités à destination des enfants portent sur des produits considérés comme trop riches en graisse, sucre ou sel (*UFC que choisir, 2010*). Les premières catégories de produits alimentaires les plus représentées sont les produits laitiers, les desserts sucrés, les fromages et les céréales du petit déjeuner sucrées ou fourrées au chocolat (*Friant-Perrot & Garde, 2011*). Dans la publicité télévisuelle, les aliments y sont proposés comme des objets de plaisir gustatif grâce à une argumentation axée principalement sur la séduction (*Watiez, 1995*).

Le deuxième élément justifiant les propositions de régulation de la publicité au niveau des comités d'experts repose sur les travaux scientifiques suggérant que les messages publicitaires pour des aliments denses en énergie favorisent des attitudes positives à l'égard de ces aliments, et conforteraient chez les enfants la croyance selon laquelle les produits qui y sont présentés sont bons pour la santé (INSERM, 2013). L'existence d'une corrélation entre d'une part, une forte exposition télévisuelle et d'autre part, des consommations alimentaires contribuant à une alimentation déséquilibrée sur le plan nutritionnel, est établie de façon robuste.

Parmi la masse de données disponibles, une revue des informations scientifiques de la littérature internationale réalisée pour la Food Standard Agency (FSA), au Royaume-Uni, par Hastings et al (Hastings et al., 2003) conclut que la publicité alimentaire a un impact sur les préférences alimentaires des enfants et leurs comportements d'achat. Notamment de nombreuses études réalisées chez des enfants de l'école primaire ont montré que l'exposition aux publicités influence leur choix alimentaire. Par ailleurs, plusieurs études spécifiques ont retrouvé un lien significatif entre l'exposition aux publicités alimentaires et le risque d'obésité. Cependant, il est complexe de conclure si cet effet est lié à la publicité ou à la sédentarité (le fait de rester assis devant la télévision) ou au grignotage pendant ce temps passé devant la télévision. Une étude (Bolton, 1983) a essayé de résoudre cette difficulté en relevant les habitudes des enfants (de 2 à 11 ans) pendant le temps passé devant la télévision. Cette étude a montré que le temps passé devant la télévision et l'exposition aux publicités alimentaires influencent la consommation des enfants de trois façons: une augmentation du nombre de produits de grignotage consommés; une augmentation faible de l'apport calorique liée à la consommation de ces produits; de façon indirecte, une diminution de la qualité nutritionnelle des produits consommés pendant ce temps. Les auteurs concluent à une influence des produits de faible densité nutritionnelle et de teneur calorique élevée présentés lors de publicités alimentaires sur le choix alimentaire des enfants.

D'autres données publiées dans une revue britannique (Livingstone & Helsper, 2004) citée dans le rapport de l'OFCOM (OfCom, 2004) confirment ces résultats et montrent une corrélation entre les heures passées devant la télévision et une alimentation moins favorable à l'équilibre nutritionnel et la santé favorisant le risque d'obésité parmi les enfants et les adultes.

En France, une étude faite par l'INPES (Lamoureux, 2008, présentation au COPIL du PNNS) a mis en évidence que les publicités pour les aliments et boissons donnent envie de manger ou de boire à près d'un enfant de 8-14 ans sur deux (47,5 %) et près des deux tiers (62 %) déclarent demander à leurs parents d'acheter certains aliments et boissons promus dans ces publicités, ce que reconnaissent effectivement 62 % des parents.

Aux Etats-Unis, une large revue de la littérature scientifique réalisée, en 2006, par l'Institute of Medicine (Institute of Medicine, 2006b) a fourni des preuves solides soutenant le fait que la publicité a des effets à court terme sur l'alimentation des enfants âgés de 2 à 11 ans et des effets à plus long terme chez les enfants âgés de 6 à 11 ans. Cette

revue souligne également l'existence d'un lien significatif entre une forte exposition aux publicités télévisées et l'obésité des enfants (de 2 à 11 ans) ainsi que des adolescents (de 12 à 18 ans). De plus, l'exposition à la publicité télévisée portant sur ces aliments de haute densité énergétique est associée à une prévalence élevée de l'obésité tandis que l'exposition à des publicités de produits plus sains est associée à une réduction de cette prévalence.

En 2009, à la demande de l'OMS, Cairns et al (*Cairns et al., 2009*) ont effectué une mise à jour des nouveaux travaux scientifiques publiés depuis la sortie du rapport de la FSA confirmant les conclusions de Hasting et al, à la fois dans les pays industrialisés et dans ceux en développement.

Une autre étude américaine (*Chou et al., 2008*) a retrouvé, dans un modèle multivarié un lien fort entre la publicité pour les fast-foods et le poids des enfants. Par un modèle testant une simulation d'interdiction de la publicité pour les fast-foods, les auteurs ont estimé qu'elle entraînerait une réduction de 18 % du nombre d'enfants de 3 à 11 ans en surpoids. Récemment, une étude sur les adolescents et jeunes adultes de 15 à 23 ans (*McClure et al., 2013*) a montré que la réceptivité aux messages publicitaires TV pour des fast-foods (évaluée par un score mesurant l'exposition et la réponse aux publicités) était associée au risque d'obésité. Cette association est indépendante du temps passé devant l'écran TV, suggérant un rôle direct de la publicité TV indépendamment de l'effet sédentarité ; et elle est également indépendante de la réceptivité aux publicités pour des boissons alcoolisées, suggérant que cette association est spécifique aux messages alimentaires.

Malgré cette abondante littérature, le caractère causal de la relation entre publicité, comportements alimentaire et santé a fait cependant l'objet de nombreuses controverses du fait de la difficulté à identifier un effet propre de la publicité, indépendamment d'autres facteurs d'environnement. Cependant, le niveau de preuve disponible au travers des travaux conduits depuis un certain nombre d'années conforte l'idée que la publicité alimentaire a un effet causal significatif, bien que modeste, sur les préférences alimentaires, sur les connaissances nutritionnelles et sur les comportements alimentaires des enfants. L'expression de cet effet est modulée par d'autres facteurs d'influence tels que les comportements alimentaires des parents, la pression des pairs ou encore le niveau d'activité physique.

La publicité paraît en outre interagir avec d'autres dimensions du marketing pour favoriser la consommation de produits sans bénéfices nutritionnels, mais dans une proportion qui reste difficile à établir. Une étude sur l'exposition à la publicité télévisée pour des produits de grignotage (snacks) montre un effet causal sur la consommation de ces produits aussi bien des enfants que des adultes, même pour des marques qui ne font pas l'objet de ces publicités, suggérant un effet plus large sur les dynamiques de consommation. En ce sens, la publicité affecterait non seulement la répartition du marché entre marques, mais également la taille totale du marché favorisant la consommation de la catégorie globale de l'aliment.

Comme le notent plusieurs auteurs, la publicité télévisuelle ne constitue néanmoins qu'une des dimensions à considérer dans les démarches marketing des entreprises alimentaires, son relatif déclin au profit d'autres supports numériques représentant probablement un enjeu de recherche important pour le futur.

3.3.2. Effet de la réglementation ou de l'autorégulation de la publicité au niveau international

Le consensus scientifique établissant un effet de la publicité sur la consommation de produits alimentaires de profil nutritionnel défavorable, l'état nutritionnel et la santé a amené les Comités d'Experts en charge de proposer des politiques nutritionnelles au niveau des états, à se positionner sur l'opportunité et les modalités d'une éventuelle régulation publique de la publicité. En revanche, les opérateurs économiques soutiennent des propositions d'autorégulation. Actuellement au niveau international, on note plutôt une situation de domination des autorégulations proposées par l'industrie mais les interventions réglementaires existent dans certains pays et sont proposées par de nombreux comités d'experts et diverses organisations internationales.

Les travaux de recherche fournissent quelques évaluations empiriques des politiques mises en œuvre en matière de régulation obligatoire ou volontaire de la publicité dans différents pays.

Reconnaissant la nécessité de protéger les enfants du fait de leur fragilité, certains pays ont pris des mesures de régulation visant l'ensemble des publicités (produits alimentaires et non-alimentaires). Ainsi, au Québec, toute publicité ciblant les enfants de moins de 13 ans est interdite dans tous les médias depuis 1980. En Norvège, les publicités télévisées sont interdites pendant les programmes enfants depuis 1992. En Suède toute publicité télévisée est interdite, depuis 1996, pendant les plages horaires spécifiques réservées aux enfants de moins de 12 ans.

Les opposants aux mesures de restriction réglementaire de la publicité, notamment les représentants de l'agro-alimentaire et de l'industrie de la publicité, ont souvent contesté le bien-fondé de ces mesures, argumentant que leur mise en place n'aurait pas permis d'enrayer la progression de l'obésité là où elles existent (*Gill et al., 2010*). Des études ont cependant analysé les encadrements de la publicité dans ces pays (*Handsley et al., 2007*). Les auteurs ayant analysé les données disponibles indiquent qu'en Suède, les restrictions des publicités sont soumises à la directive dite « Télévision Sans Frontière » qui s'applique à tous les pays membres de l'Union européenne, et de ce fait les publicités télévisées sont soumises aux lois des pays émetteurs plutôt qu'aux lois des pays qui reçoivent les programmes. Deux des trois chaînes principales de télévision captées en Suède sont émises de l'étranger et ne sont donc pas soumises à la réglementation suédoise. De ce fait, il reste beaucoup de publicités alimentaires dans les programmes télévisés suédois. De façon similaire, les auteurs indiquent que plusieurs chaînes captées au Québec sont émises des Etats-Unis. Les programmes de ces chaînes comportent beaucoup de publicités alimentaires. Il est intéressant d'ailleurs de noter le travail mené

par Goldberg (*Goldberg, 1990*) qui met en évidence, au Québec, un taux d'obésité chez les enfants francophones plus bas que celui des enfants anglophones. Une des explications avancées est que les enfants francophones du Québec ne regardent que les programmes français émis au Québec et ne sont donc pas exposés aux publicités, tandis que les enfants anglophones regardent les programmes qui sont émis des États-Unis, donc non soumis à la réglementation québécoise sur la publicité.

De plus, Handsley et al (*Handsley et al., 2007*) ont identifié une faiblesse dans la réglementation appliquée au Québec et en Suède car ne sont concernées que les publicités dirigées vers les enfants ou conçues pour attirer l'attention des enfants. Selon les auteurs, cette faiblesse a été exploitée par l'industrie de la publicité car si un seul élément de la publicité sort de ce cadre (c'est-à-dire vise les adultes ou est en faveur du fait qu'elle ne vise pas les enfants ou n'a pas été conçue pour attirer l'attention des enfants), cette publicité peut être autorisée. On ne peut donc considérer que compte-tenu de cette « brèche », l'application de la mesure d'interdiction ait été correctement appliquée pour réellement diminuer l'exposition des enfants.

Dans le même domaine, une étude a évalué les effets de l'interdiction de la publicité (notamment pour les fast-foods) pendant les émissions de TV destinées aux enfants de moins de 13 ans dans deux états du Canada. Sur la base d'une comparaison Québec/Ontario (l'Ontario n'ayant pas procédé à cette interdiction contrairement au Québec), l'étude montre que cette réglementation a eu un effet significatif sur les consommations de fast-foods, sur les apports caloriques associés à ce type de produits et sur les dépenses des ménages dans ce type de restaurants. La consommation de fast-food aurait été réduite à hauteur de 88 millions de dollars par an (*Dhar & Baylis, 2011*). L'interdiction de la publicité aurait pour effet de réduire de 7,1 à 16,8 millions par an le nombre de repas servis au fast-food au Québec. Par extrapolation, ces chiffres correspondraient à une diminution du poids d'environ 0.6 kg dans la population concernée.

Au Royaume Uni, la publicité alimentaire a été interdite à la télévision, en avril 2007, pour les aliments très riches en matières grasses ou en sucre, avant pendant et après les émissions destinées aux enfants de 4 à 9 ans. Cette mesure a été étendue aux émissions destinées aux enfants de 9 à 15 ans en janvier 2008. Les aliments pour lesquels la publicité est interdite ou permise ont été définis en fonction des profils nutritionnels développés par la FSA utilisant le score nutritionnel OfCom (*Arambepola et al., 2008, Jenkin et al., 2009*).

En Juillet 2010, l'Office de la Communications (OFCOM) a rendu son rapport final relatif aux restrictions statutaires (*OfCom, 2010*). Ce rapport a montré qu'en 2009, aucune publicité pour des produits riches en gras, sucre et sel n'avait été proposée aux heures d'audience des enfants, illustrant la compliance des publicitaires par rapport à cette politique réglementaire. Ceci a conduit à une diminution globale de l'exposition des enfants aux publicités pour les produits riches en gras, sucre et sel d'environ 37% par rapport à 2005 (*OfCom, 2010*). Le rapport a montré également que les enfants étaient

moins confrontés à des publicités utilisant des promotions et des personnages sous licence de compagnies agro-alimentaires en 2009, en comparaison à 2005. Toutefois, il établit également que les enfants voient encore de nombreuses publicités télévisées pour des produits alimentaires peu sains. Une des difficultés majeures découle du fait que, d'après Ofcom, 67,2 % des programmes vus par les enfants britanniques n'entrent pas dans la définition des « programmes pour enfants ». Ce pourcentage est plus élevé pour les enfants ayant entre dix et quinze ans (79,8 % contre 54,4 % pour les enfants ayant entre quatre et neuf ans).

Concernant l'autorégulation de la publicité par les opérateurs économiques eux-mêmes, la littérature scientifique permet de tirer divers enseignements (*Friant-Perrot & Garde, 2011*). Un certain nombre d'initiatives des industriels du secteur alimentaire se sont mis en place au niveau international: les adhérents à la Children's Food and Beverage Advertising Initiative (CFBAI) et l'International Food and Beverage Alliance (IFBA) ont promis de limiter le marketing adressé aux enfants. Les mesures proposées par les opérateurs économiques se sont affinées progressivement, mais ne comprennent toujours pas de définitions précises de certains éléments fondamentaux, ni des limitations clairement établies. Il n'est, par exemple, pas clair si les mesures proposées couvrent l'ensemble des publicités, incluant les techniques de marketing intégrées. De plus la mesure définit « le marketing dirigé sur les enfants de moins de 12 ans » comme la publicité dans les médias spécialisés pour enfants pour lesquels au moins 35 % de l'audience a moins de 12 ans, ce qui n'arrive qu'occasionnellement durant de brèves périodes pics où les enfants sont devant la télévision (*Lobstein & Davies, 2009*). Un rapport de l'IASO (2012) (*Persson et al., 2012*) sur les modifications d'exposition des enfants au marketing en Europe a montré un déclin de 29 % de l'exposition des enfants aux publicités pour les produits alimentaires « non-compliants » entre le premier trimestre 2005 et le premier trimestre 2011. Mais selon Lobstein (*Lobstein & Davies, 2009*) ceci n'est pas suffisant, compte-tenu, entre autre, de la définition insuffisante des produits alimentaires pouvant et ne pouvant pas faire l'objet d'une publicité destinée aux enfants. D'ailleurs, dans une comparaison de 34 produits pour enfants que l'industrie s'autorise à promouvoir, l'IASO a trouvé que les réglementations britanniques et irlandaises mises en place n'en autoriseraient plus que 6, les propositions norvégiennes 3, les propositions du groupe de travail inter-agences des USA 2 et celles d'un forum cautionné par l'industrie au Danemark n'en autoriserait aucun.

D'autre part, plusieurs études récentes évaluant les initiatives d'engagements volontaires des opérateurs économiques n'ont pas retrouvé d'amélioration significative en terme de publicités pour des aliments et des boissons visant les enfants en Australie (*King et al., 2013*), au Canada (*Kent et al., 2011*), en Allemagne (*Effertz & Wilcke, 2012*) et en Espagne (*Romero-Fernandez et al., 2010*). A l'inverse, des améliorations ont été observées en Corée du Sud et au Royaume Uni, deux pays où des réglementations obligatoires sont été mises en place (*Institute of Medicine, 2013*).

Une revue systématique publiée récemment (*Galbraith-Emami & Lobstein, 2013*) a mis en évidence, que malgré les engagements d'autorégulation pris par un certain nombre

d'industriels de l'agro-alimentaire, les études indépendantes et les rapports des agences gouvernementales mettent en évidence que l'exposition des enfants aux publicités pour les aliments gras et sucrés en Europe, en Amérique du Nord, en Asie et en Australie n'a quasiment pas changée au cours des 5 dernières années. Pourtant les rapports des industriels engagés considèrent que l'adhésion des signataires aux règles d'autorégulation serait supérieure à 98 %. Cette discordance entre une autorégulation « bien respectée » par les signataires et le fait que les enfants restent exposés à une forte pression publicitaire pour les aliments gras et/ou sucrés pourrait être liée selon les auteurs, au fait que certaines compagnies n'ont pas adhéré à l'engagement et surtout au fait que les enfants sont largement exposés à la publicité en dehors des plages horaires spécifiquement considérés comme destinés aux enfants. C'est en fait dans la journée ou dans la soirée, qu'ils sont très nombreux à suivre des programmes familiaux (émission de variété, jeux, retransmissions sportives, feuilletons, films...). D'autre part dans l'autorégulation, les industriels annonceurs ont leur propre critère pour juger de ce qui est approprié ou non, en termes de produits alimentaires pour la publicité télévisuelle.

Au Royaume-Uni, l'interdiction de 2007 de la publicité alimentaire pour les aliments riches en matières grasses ou en sucre dans les tranches horaires des émissions destinées aux enfants a été effective pour ces périodes. Par contre, il a été observé un report et une augmentation de la publicité pour ces aliments durant les plages horaires dans lesquelles sont projetés des programmes familiaux largement vus par les enfants, sapant ainsi les effets de la régulation mise en place. D'autre part, la publicité visant les enfants sur internet a considérablement augmenté.

Ainsi, il faut souligner que les supports médias de messages publicitaires dépassent désormais très largement le seul support télévisuel, pour s'étendre aux supports internet, aux réseaux sociaux et aux sponsoring d'événements sportifs ou artistiques (*Institute of Medicine, 2006b, Kelly et al., 2008, Kelly et al., 2010, Kelly & Chapman, 2007*). De ce fait, le niveau auquel doit être envisagée une régulation est à élargir au-delà de la seule publicité audio-visuelle.

Au total, Les études suggèrent que la limitation de la publicité mettant en avant des produits alimentaires de profil nutritionnel défavorable peut probablement constituer un levier d'action qui, bien qu'ayant des effets modestes (comme toute mesure spécifique), est susceptible de contribuer à des bénéfices de santé, en particulier quand cette publicité s'adresse à des cibles de consommateurs dont les préférences alimentaires ne sont pas encore fixées (les enfants). Même si les effets attendus sont modestes, ils sont probablement de nature à réduire les inégalités sociales de santé. L'argument majeur tient ici aux éléments suivants : une plus forte sensibilité aux bénéfices de court terme qu'aux enjeux de prévention de santé à long terme dans les catégories défavorisées et un temps passé plus important devant la TV.

3.4. Actions

Nous proposons de mettre en place un système de régulation visant à améliorer les pratiques de marketing en réduisant la pression marketing qui incite la population,

notamment les sujets les plus fragiles (enfants, adolescents, populations défavorisées, ...) à consommer les aliments de moindre qualité nutritionnelle (gras, sucrés, salés) tout en favorisant la promotion d'aliments de meilleure qualité nutritionnelle. Le système mis en place doit permettre également d'agir au niveau des industriels pour les inciter à améliorer de façon significative la qualité nutritionnelle des produits alimentaires qu'ils fabriquent pour bénéficier du cadre des autorisations de publicité pour les produits ayant une qualité nutritionnelle acceptable.

La caractérisation de la qualité nutritionnelle des aliments servant à cette régulation sera basée sur l'établissement du score nutritionnel qui est utilisé pour définir le système d'information nutritionnel « *échelle de qualité nutritionnelle du PNNS* » (voir mesure n°2) et pour calculer la taxe/subvention (voir mesure n°4). Le calcul du score de qualité nutritionnelle (voir détail page 41) est le même pour tous les aliments, et le seuil pour autoriser ou non à la publicité un aliment donné sera fixé par un comité ad hoc.

3.4.1. Régulation de la publicité télévisuelle pour les aliments

Entre 7h et 22h (correspondant aux heures pendant lesquelles les enfants et adolescents peuvent être exposés, particulièrement le matin, en fin d'après-midi et en soirée), la publicité télévisuelle n'est autorisée que pour les aliments ayant un score nutritionnel considéré comme suffisamment favorable (score nutritionnel en dessous du seuil fixé par le comité ad hoc).

La publicité télévisuelle pour les aliments dont le score nutritionnel PNNS est supérieur au seuil n'est autorisée qu'entre 22h et 7h du matin. Dans ce cadre, la publicité pour un aliment donné doit obligatoirement indiquer de façon claire et visible (modalités à définir) l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS (couleurs et/ou lettres).

3.4.2. Régulation de la publicité audio (radio) pour les aliments

Un court message audio, à la fin du spot publicitaire, indiquera clairement la situation de l'aliment (ou du plat) en regard du système d'information nutritionnel (*échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*): cet aliment (plat) est classé « vert/jaune/orange/fuchsia (rose)/rouge » ou « A/B/C/D/E) sur l'échelle de qualité nutritionnelle du Programme National Nutrition Santé (ou toute autre formulation selon le modèle définitif retenu permettant de traduire la catégorie dans laquelle est classée l'aliment ou le plat concerné).

3.4.3. Régulation de la publicité pour les aliments sur des supports papiers (affiches, journaux)

L'apposition visible du système d'information nutritionnel (*échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*) correspondant à l'aliment faisant l'objet de la publicité sera obligatoire sur tous les supports papier (affiches, journaux, magazines...).

3.4.4. Régulation de la publicité pour les aliments sur Internet

Les bannières et toute autre forme de publicité sur le web faisant la promotion pour des aliments dont la qualité nutritionnelle ne permet pas la publicité télévisuelle entre 7 et

22h seront interdites. Seules seront autorisées les publicités, bannières et autres formes de promotion pour les aliments autorisés à la publicité télévisuelle (dont le score de qualité nutritionnelle est inférieur au seuil fixé par le comité ad hoc).

La régulation pour les publicités alimentaires télévisuelles s'applique aux messages d'annonce qui précèdent certaines vidéos sur Internet (YouTube, Dailymotion...).

Seule est autorisée la publicité « sans limitation réglementaire » sur les sites internet professionnels des entreprises produisant les aliments, avec apposition obligatoire du système d'information nutritionnel (échelle de qualité nutritionnelle du PNNS) correspondant à chaque aliment faisant l'objet de la publicité.

3.4.5. Régulation de la publicité pour les compléments et suppléments nutritionnels

Les compléments et suppléments nutritionnels peuvent avoir un intérêt réel dans le cadre d'une prise en charge médicale d'un certain nombre de problème de santé. Il n'y a par contre aucun argument justifiant la prise de ces substances en automédication. Divers travaux mettent en évidence que la prise de compléments alimentaires en automédication apparaît plus fréquente chez les sujets dont le comportement global est spontanément déjà plus favorable sur le plan de la santé et qui ont un niveau socio-économique plus élevé (*Pouchieu et al., 2013*). La consommation de compléments est également importante chez les fumeurs, malgré les risques potentiels liés à la prise de certaines suppléments dans ce type de population (*Pouchieu et al., 2013*). De plus, la publicité pour les compléments et suppléments nutritionnels peut contribuer à détourner les consommateurs du suivi des recommandations nutritionnelles de santé publique en rassurant « faussement » les utilisateurs sur la couverture de leurs besoins nutritionnels.

Pour ces raisons, la publicité pour les compléments et suppléments nutritionnel doit être interdite sur tout support destiné au grand public ou aux professionnels (télévision, radio, affiches, journaux, internet).

3.4.6. Régulation de la publicité pour les produits de régime amaigrissant

Pour être en adéquation avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (*Haute Autorité de Santé, 2011*) et de l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments (*Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé, 2012*) et en accord avec le rapport de l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (*Groupe de travail "Evaluation des risques liés à la pratique de régimes à visée amaigrissante" & Comité d'experts spécialisés "Nutrition Humaine", 2010*) sur la dangerosité des régimes, la publicité pour tous les produits de régime amaigrissants, que ce soit pour des suppléments, dispositifs, livres, méthodes,..., doit être interdite sur tous supports (TV, radio, presse écrite, affiches, internet...).

Mesure n°4

Une taxe (couplée à une réduction de la TVA) en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments

4.1. Objectif de la mesure

Mise en place d'un système de taxation conditionnelle et proportionnelle pour les aliments dont la qualité nutritionnelle est la moins favorable couplée à une réduction de la TVA pour ceux dont la qualité nutritionnelle est la plus favorable. Cette mesure est destinée à :

- a) faciliter l'accessibilité à des aliments de meilleure qualité nutritionnelle,
- b) limiter la consommation des aliments dont la qualité nutritionnelle est la moins favorable sur le plan nutritionnel,
- c) inciter les industriels à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments pour bénéficier d'une réduction de taxe proportionnelle à leur effort,
- d) lever des fonds permettant de financer diverses mesures de santé publique et leur évaluation.

4.2. Principes généraux de la mesure

La taxe sur la qualité nutritionnelle des aliments (couplée à une réduction de la TVA des aliments les plus favorables sur le plan de leur équilibre nutritionnel) vise à :

- a) introduire une composante économique orientant le choix des consommateurs vers des aliments de meilleure qualité nutritionnelle : meilleure accessibilité aux aliments mieux équilibrés sur le plan nutritionnel (notamment les fruits et légumes, aliments complets...) versus moins bonne accessibilité aux aliments moins favorablement équilibrés sur le plan nutritionnel (notamment les aliments gras, sucré, salés),
- b) inciter les industriels à améliorer la qualité nutritionnelle de leurs aliments (réduire le gras, le sucre et le sel, augmenter les fibres,...) pour réduire le poids de la taxe sachant que toutes modifications allant dans le bon sens, même modeste, s'accompagnera d'un effet significatif sur le calcul de la taxe,
- c) disposer de fonds au travers du produit de la taxe pour financer :
 - 1. la réduction de la TVA proposée pour les aliments de bonne qualité nutritionnelle,
 - 2. des actions sociales dans le champ de la nutrition (financement de chèques fruits et légumes et chèques sports destinés aux populations défavorisées (voir mesure n° 9),
 - 3. à la recherche en nutrition de santé publique,
 - 4. l'évaluation des mesures mises en place.

L'auteur de ce rapport se positionne du point de vue de la santé publique et légitime ses mesures sur leurs capacités à améliorer la situation nutritionnelle et l'état de santé de l'ensemble de la population et notamment les groupes les plus défavorisés. Cependant, il est conscient du contexte social et économique tendu et des difficultés importantes pour certains secteurs de l'agro-alimentaire. Mais les mesures de régulation fiscales doivent permettre des gains de compétitivité à terme (notamment en contribuant à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments et de leur image au niveau international). D'autre part pour permettre également des retombées économiques positives, il serait également possible d'intégrer dans l'utilisation du produit de la taxe une répartition entre financement de santé publique (mesures sociales vers les populations défavorisées, soutien à la recherche et aux actions de nutrition de santé publique...) et l'aide à la reconversion ou au progrès nutritionnel des industries agro-alimentaire (par exemple, au travers d'allègements de charges sociales pour les entreprises ayant de bonnes pratiques et/ou la création d'un fond d'aide aux projets de reconversion des industries et exploitations agricole).

4.3. Les données scientifiques et le contexte général justifiant la mise en place d'un système de taxe/subvention nutritionnelle

4.3.1. Le contexte général

Comme pour le système d'information nutritionnelle sur la face avant des emballages des aliments, le rôle de la régulation économique du prix des aliments sur les comportements d'achats, la consommation alimentaire, l'état nutritionnel et l'état de santé des populations, et la proposition de mise en place de taxes et/ou subventions sont au cœur des discussions des comités d'experts en charge d'élaborer des recommandations nutritionnelles de santé publique depuis plusieurs décennies.

4.3.2. Le rôle du prix dans la décision d'achat

Le premier argument justifiant la réflexion sur des mesures économiques ou fiscales est le fait que le prix des aliments est un des déterminants clés des comportements alimentaires (Etile, 2013). Le prix est reconnu comme un des facteurs importants dans les arbitrages des choix alimentaires (Etile, 2013, French et al., 2001, Glanz et al., 1998, Seymour et al., 2004), en parallèle à d'autres éléments tel que le goût, le plaisir, la praticité, l'accessibilité, la représentation symbolique des aliments, les traditions, les normes sociales, la composition nutritionnelle,... En France, selon une étude récente, le prix est systématiquement cité comme le premier critère de choix des produits alimentaires. Dans l'enquête INCA2 réalisée en 2006-2007 (AFSSA, 2009a), 60 % des ménages le citent comme un de leurs trois critères d'achat principaux, viennent ensuite les habitudes (45 %) et le goût (38 %). Parallèlement, il existe une corrélation plutôt négative entre le prix et la qualité nutritionnelle des aliments (Darmon et al., 2009). Les aliments de forte densité calorique et de faible densité nutritionnelle, sont plus économiques en termes d'apport calorique que les aliments de meilleure qualité nutritionnelle et de plus faible densité calorique (Drewnowski, 2004, Finkelstein et al., 2005).

Différents travaux aux USA ont mis en évidence que la réduction du prix de produits alimentaires « plus favorables à la santé » augmente leur achat (*French et al., 2001, Seymour et al., 2004*). Par exemple, une étude a indiqué que les ventes de fruits et de carottes dans des cafétérias de lycée augmentaient lorsque leur prix était réduit (*French et al., 1997*). De plus, des interventions réduisant le prix d'en-cas de meilleure qualité nutritionnelle (notamment avec moins de matières grasses) dans des distributeurs automatiques payants, à l'école ou sur les lieux de travail, ont été associées à une augmentation de leur consommation (*French et al., 1997, French et al., 2001*). Une autre étude a mis en évidence qu'une réduction des prix des fruits et des légumes de 10 % grâce à une subvention, encouragerait des personnes à faible revenu à augmenter leur consommation journalière de fruits et de légumes (*Dong & Lin, 2009*).

La théorie économique suggère que le fait d'augmenter (par une taxe) le prix des produits dont la composition nutritionnelle est défavorable (forte densité énergétique, forte teneur en sodium, sucres simples ou graisses saturées) et/ou de diminuer le prix des aliments riches en nutriments favorables (tels que les fibres, les acides gras polyinsaturés,...) permet a) d'améliorer la qualité nutritionnelle globale de l'alimentation, b) de collecter des fonds pour soutenir des interventions en santé auprès de populations spécifiques et de limiter le déficit budgétaire, et c) d'envoyer un message clair aux consommateurs quant à la qualité nutritionnelle des aliments (*Engelhard et al., 2009*). Cette mesure est considérée comme coût-efficace.

4.3.3. La position des organisations internationales

Depuis quelques années, les organisations internationales appellent clairement à ce que les Etats mettent en place des stratégies de régulation économique susceptible de moduler le prix des aliments et donc leur accessibilité pour les populations (par des mécanismes de taxes/subventions). C'est le cas de l'OMS qui dès 2008 recommandait que soient mises en place, au niveau des états, des politiques visant à influencer le prix des aliments dans le but de favoriser des comportements alimentaires plus favorables à la santé (*WHO, 2009*). L'OMS/Europe en 2012, dans son plan d'action « Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016 » propose, parmi ses recommandations, de mettre en place des politiques fiscales visant à promouvoir une alimentation saine (*WHO Europe 2012*).

De la même façon, parmi les stratégies disponibles afin de lutter contre les maladies chroniques, les Nations Unies insistent sur la place des politiques de régulation des prix alimentaires comprenant les taxes et les subventions pour favoriser une alimentation de meilleure qualité nutritionnelle (*United Nations, 2011*).

Plus récemment, la Déclaration de Vienne sur la Nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020, signée en juillet 2013 par la France dans le cadre de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS envisage « le recours à des outils et incitants économiques pour promouvoir l'alimentation saine, et ce en fonction du contexte national ».

Dans la même ligne, divers Comités d'Experts aux USA (*Institute of Medicine, 2012*), Canada (*Morestin et al., 2011*), UK (*Academy of Medical Royal Colleges, 2013, Food Standard Agency et al., 2013*), Nouvelle-Zélande (*New Zealand front of pack labelling advisory group, 2012*), Australie (*Gill et al., 2010*), l'American Medical Association (*AMA, 2012*), l'IASO/IOTF (*Persson et al., 2012*), l'European Heart Network, (*European Heart Network, 2011*)... s'appuyant sur les données de la littérature scientifique, proposent malgré les limites méthodologiques de l'évaluation de telles stratégies, la mise en place de ce type de politiques qui, selon leurs conclusions, permettraient une modification des comportements alimentaires, et ce de façon suffisamment importante pour permettre une amélioration d'indicateurs majeurs de santé, notamment en ce qui concerne l'obésité.

4.3.4. Les bases scientifiques

Les données sur lesquelles s'appuient les Comités d'Experts nationaux ou internationaux pour soutenir des politiques de mise en place de taxes et/ou subventions sont issues principalement de travaux de simulations mathématiques évaluant l'impact sur les consommations et sur les indicateurs de santé d'augmentations ou de diminutions des prix, en fonction de la politique économique proposée. Il existe également quelques essais d'intervention mais de faible taille (mis en place dans un seul supermarché ou sur des simulations d'achats dans des supermarchés en ligne).

Les rapports récents (Eatwell 2012 (*Eatwell Project, 2012*), IOM 2012 (*Institute of Medicine, 2012*), Université de Sydney 2011 (*Gill et al., 2010*), Academy of Medical Royal Colleges, 2013 (*Academy of Medical Royal Colleges, 2013*), Inserm 2013 (*INSERM, 2013*)) passent en revue de façon systématique l'abondante littérature scientifique disponible dans ce domaine afin de justifier leurs propositions. L'essentiel des études publiées portent sur les effets de la taxation sur la demande et les variations de consommation alimentaire et éventuellement sur l'offre (les conséquences sur la reformulation des produits). En dehors de quelques travaux de simulation, ils ne permettent pas, en général, d'évaluer l'effet en terme d'impact sur la santé compte-tenu du temps de latence entre la mise en place d'une mesure de ce type et les modifications de comportements alimentaires des consommateurs, et surtout le délai long entre les changements de comportements alimentaires et l'effet objectivable sur la santé difficilement compatible avec la durée des études menées dans le cadre de la recherche.

Sur un plan méthodologique, les études susceptibles de fournir le meilleur niveau de preuve qu'une modification des prix conduit à une amélioration de la santé seraient des essais randomisés contrôlés, avec des facteurs mesurés de façon précise dans des populations hétérogènes. Néanmoins, la mise en œuvre de ce type de méthodologie est extrêmement complexe, voire impossible dans ce contexte, car :

1. comme déjà évoqué, des stratégies de régulation des prix sont difficiles à mettre en œuvre dans des conditions proches de la réalité,
2. les essais randomisés sont en général de trop courte durée pour montrer l'impact sur des indicateurs de santé à long terme.

Dans ce contexte, les meilleurs niveaux de preuve sur l'impact de politiques de prix sur la consommation et sur la santé, sont fournis par des modèles de simulation (Homer & Hirsch, 2006). Cependant, ces modèles simplifient le système écologique entourant une intervention à quelques possibilités mathématiquement quantifiables (Eyles et al., 2012, Homer & Hirsch, 2006, Levy et al., 2011). À côté des études de « pures » simulations, les études économétriques fondées sur des modèles calibrés sur des données d'achat réelles apportent un niveau de preuve supérieur.

Une des limites d'interprétation souvent avancées aux études de simulation, est lié au fait qu'ils ne modélisent pas systématiquement les comportements de substitution des consommateurs depuis un groupe de produits taxés vers d'autres groupes de produits.

Une autre des limites majeures qui peut amener à sous-estimer l'impact des taxes est le fait que la grande majorité des travaux disponibles 1) portent sur les taxes forfaitaires (type des taxes fixées sur les produits contenant du sucre ajouté ou des acides gras saturés indépendamment de leur teneur) et non pas sur les taxes conditionnelle (qui elles dépendent de la teneur en ces nutriments), et 2) concernent en général une seule catégorie d'aliment ou de nutriment.

4.3.4.1. *Résultat des études de simulation (études épidémiologiques et économétriques)*

L'impact potentiel d'une taxe appliquée à un produit alimentaire sur la demande est mesuré en économie par l'« élasticité ». Deux types d'élasticités sont à prendre en compte : l'élasticité propre, qui correspond à l'impact sur la demande du même produit, et l'« élasticité croisée » correspondant à l'impact sur la demande pour d'autres produits ou groupes de produits alimentaires.

La demande pour les produits alimentaires est en général considérée comme peu élastique, néanmoins, une variabilité a été observée selon la catégorie d'aliment prise en compte.

Une augmentation de 1 % du prix des céréales et de la viande par exemple conduisent à une diminution de la demande de 0.43 % et 0.60 % respectivement (Green et al., 2013). Les produits alimentaires ayant la plus grande élasticité sont les boissons sucrées, les jus de fruit et la viande (Powell & Chaloupka, 2009).

Néanmoins, la capacité de faibles modifications de prix, en particulier pour les produits ayant la plus grande élasticité devient intéressante, étant donné que leurs effet se cumulent lorsque l'on prend en considération l'ensemble de la population.

Une revue systématique publiée par l'OMS (Thow et al., 2010) a évalué les effets des taxes alimentaires et des subventions sur l'alimentation, le poids corporel et la santé, analysant 24 études (8 empiriques et 16 simulations). Neuf études évaluaient uniquement l'impact des taxes à la consommation alimentaire, cinq la consommation et le poids corporel, quatre la consommation et les maladies et six, le seul poids corporel. La conclusion de cette revue de la littérature est que les taxes et les subventions influent la consommation dans la direction désirée, les taxes les plus élevées étant associées avec les changements

les plus significatifs sur la consommation, le poids corporel et l'incidence de maladies. Cependant, les études axées sur un produit alimentaire ou un nutriment unique peuvent avoir surestimé l'impact des taxes dans la mesure où elles ne prennent pas en considération le déplacement de la consommation vers d'autres aliments. Les auteurs concluent que les taxes alimentaires et les subventions ont le potentiel de contribuer à des schémas de consommation plus favorables au niveau de la population. Cependant, ces éléments s'ils sont probants reposent sur des études dont la qualité n'est pas optimale, souvent pour des raisons inhérentes à leur méthodologie. Il n'en demeure pas moins que ces données supportent l'intérêt des stratégies de taxes/subvention pour influencer sur les comportements alimentaires et la santé, particulièrement lorsque la variation de prix induite par la taxe/subvention est au moins égale à 15 % du prix.

Une autre méta-analyse d'études de consommation aux USA met en évidence qu'une hausse de 10 % du prix des aliments produirait une baisse de leur consommation de 7,8 % (*Andreyeva et al., 2011*), mais là encore les études ignorent les effets possibles de substitution entre produits.

D'autres revues systématiques publiées entre 2005 et 2010 et s'appuyant sur les mêmes études (toutes ou une partie) ont abouti à des conclusions similaires (*Andreyeva et al., 2011, Caraher & Cowburn, 2005, Eyles et al., 2012, Jensen et al., 2011, Levy et al., 2011, Powell & Chaloupka, 2009, Thow et al., 2011*).

Plus récemment une autre revue systématique publiée dans PLOS Medicine en 2012 (*Eyles et al., 2012*) a analysé les études de simulation réalisées entre 1990 et 2011 dans les pays de l'OCDE : 49 études ont été sélectionnées selon des critères prédéfinis: 30 études modélisant l'impact du prix des aliments sur les apports nutritionnels (17 études s'intéressant à l'effet des taxes nutritionnelles exclusives, 6 à l'effet des subventions exclusives et 7 à la combinaison taxes/subventions) et 19 modélisant l'impact du prix des aliments sur la santé et les maladies (15 études sur l'effet des taxes, 3 sur l'effet des subventions et 4 sur la combinaison des deux mesures). Malgré les limites inhérentes aux méthodes utilisées (notamment en termes de capacité d'évaluer les reports des achats), il apparaît que les taxes sur les boissons sucrées et sur les acides gras et les subventions sur les fruits et légumes seraient associés avec des changements alimentaires favorables et potentiellement bénéfiques à la santé.

D'autres études de simulation, n'ayant pas été incluses dans cette revue systématique car trop récentes, ont également retrouvé des résultats similaires : une augmentation d'un penny-par-once des boissons sucrées aux USA conduirait à une diminution de la consommation de ces produits de 15 % chez les adultes, et à la prévention de 26.000 morts prématurées entre 2010 et 2020 (*Wang et al., 2012*); une taxe de 39 % sur les boissons sucrées aux USA conduirait à une réduction des ventes de 10 % (*Miao et al., 2012*).

Récemment, Mytton et al (*Mytton et al., 2012*) ont mis en évidence qu'une taxe portant sur une grande variété de produits alimentaires pourrait permettre d'éviter 3 200 morts par maladies cardio-vasculaires par an en Grande Bretagne. Marshall et al (*Marshall, 2000*)

ont, quant à eux, montré qu'une taxe sur les acides gras saturés permettrait une réduction de 1 000 morts par an. Une autre étude (*Lin et al., 2011*) portant sur des données américaines, combinant estimation d'un système de demande et modélisation biologique de la dynamique du poids corporel, suggère qu'une hausse de 20 % du prix des boissons sucrées conduirait à une baisse de la prévalence de l'obésité d'environ 10 % en 10 ans. Dans un autre travail récent, partant de leurs observations sur l'impact d'une taxe sur les boissons sucrées sur la réduction de la consommation et de l'IMC chez les adultes aux Etats Unis, Wang et al (*Wang et al., 2012*) estiment que 95 000 évènements coronaires, 8000 accidents vasculaires cérébraux, et 26 000 décès prématurés pourraient être évités tout en économisant plus de 17 milliards de dollars de coût médicaux et en générant près de 13 milliards de dollars de revenu (*Wang et al., 2012*)

Dans le même ordre d'idée, mais concernant le bénéfice attendue de subventions, Cash et al (2005) ont estimé qu'une diminution de 1 % du prix de l'ensemble des fruits et légumes aux USA pourrait entraîner une réduction d'environ 6 700 cas de maladies coronarienne et de 3 000 accidents vasculaires cérébraux ischémiques.

Sur la base de données françaises, Boizot-Szantai et Etilé (*Boizot-Szantai & Etilé, 2011*) ont montré que l'effet d'une combinaison de mesures (hausse de 10 % du prix des boissons non alcoolisées, des pâtisseries et des desserts, des snacks et plats préparés; baisse de 10 % du prix des fruits et légumes) réduirait l'IMC des femmes et celui des hommes dans différents quantiles de poids.

Une revue systématique d'études américaines publiée en 2012 (*Powell & Chaloupka, 2009*) a mis en évidence que l'élasticité des prix pour les boissons sucrées, le fast-food, les fruits et les légumes, était respectivement de -1.21,-0.52,-0.49 et -0.48. Les études qui ont testé des modèles d'impact de taxes sur les sodas sur le poids ont montré des impacts limités. Cependant, ces analyses sont basées sur des niveaux de taxes relativement bas. Des augmentations de prix plus élevés du fast-food ont été associées avec des niveaux de poids inférieurs particulièrement parmi des adolescents, suggérant qu'une augmentation des prix pourrait directement impacter le poids. Des prix plus faibles des fruits et légumes étaient généralement associés avec des plus faibles poids chez les enfants et adultes à faibles revenus, suggérant que les subventions qui réduiraient le coût des fruits et ses légumes seraient efficaces pour diminuer le risque d'obésité pour des populations de faibles niveaux socio-économiques. Les auteurs concluent que les instruments de régulation tarifaire du prix des aliments constituent des mesures efficaces de santé publique

Une étude de simulation réalisée en France, par Bonnet et Réquillard (*Bonnet & Réquillard, 2013*), sur le marché des sodas trouve que la taxe de 0,07 euro/L mise en place en France en janvier 2012 se traduirait toutes choses égales par ailleurs par une hausse de prix d'environ 11 %, et une baisse de la consommation de l'ordre de 3,4L/personne et par an avec un report maximal de 15 % de la consommation de sodas sur les jus de fruit et nectars. Selon les auteurs, on ne devrait pas observer de substitutions vers les marques

de distributeurs (dont le prix devrait augmenter de 20 %), ni vers les alcools, mais possiblement vers les produits non taxés qui sont les substituts les plus proches.

D'autre part une simulation publiée récemment dans le BMJ (*Briggs et al., 2013*) suggère qu'une taxe de 20 % sur les boissons sucrées permettrait une réduction de la prévalence de l'obésité au Royaume-Uni de 1,3 % (concernant environ 180 000 personnes) et celle du surpoids de 0,9 % (concernant 285 000 personnes). Les effets les plus importants concerneraient les jeunes (de moins de 30 ans) sans différences significatives entre les niveaux de revenus, ce qui suggère que les bénéfices santé de la taxe seraient identiques quel que soit le niveau socio-économique.

Au total, pour induire des changements notables sur le plan de la consommation, les données de la littérature suggèrent qu'il faut probablement que le taux de taxation soit élevé. En effet, les taxes de faible envergure (moins de 20 %) sont susceptibles d'avoir des effets, certes significatifs, mais probablement faibles à court terme sur les comportements visés et la santé nutritionnelle (*INSERM, 2013*), alors qu'une taxe d'au moins 20 % pourrait avoir un effet favorable sur l'état nutritionnel (*Briggs et al., 2013*). En fait, le niveau de taxe minimum pour avoir un impact sur la santé dépend des hypothèses que l'on retient quant au mode d'action de la taxe. Mais, on considère généralement son effet comme équivalent à celui d'une simple variation de prix. Or le fait, par exemple, que la taxe soit associée à une forte communication sanitaire peut lui conférer une efficacité additionnelle qui n'a pas encore été mesurée (*INSERM, 2013*).

Une autre question qu'il est légitime de poser à la lumière des travaux scientifiques publiés, est de savoir si la politique fiscale peut induire des substitutions susceptibles d'amenuiser les effets attendus. La plupart des substitutions ont lieu plutôt à l'intérieur du même groupe alimentaire qu'entre différents groupes, impliquant que des modifications de prix entre des grands catégories d'aliments (par exemple les fruits et légumes ou la viande) auraient un moindre impact sur la consommation que des modifications de prix au sein d'un même groupe de produits (par exemple en fonction du niveau de graisses saturées ou entre les boissons sucrées ou édulcorées) (*Griffith et al., 2008, Smed et al., 2007*). Des études récentes en France (*Allais et al., 2010*) et aux USA (*Finkelstein et al., 2013, Zhen et al., 2013*) ont pris en compte les substitutions entre groupes d'aliments en réalisant des modélisations de l'alimentation complète et montré que l'impact d'une taxe « boissons sucrées » sur les apports calorique totaux est un peu plus faible, mais reste significative, lorsque l'on considère l'ensemble des substitutions possibles entre familles d'aliments. On peut y rapprocher l'absence de substitution vers les marques de distributeurs ou vers les alcools (mais plutôt vers les produits non taxés les plus proches) décrite dans l'étude de simulation réalisée sur le marché des sodas en France (*Bonnet & Réquillart, 2013*).

Enfin, il faut noter que certaines études ont identifié des effets indésirables aux mesures fiscales, telles qu'une augmentation de la consommation de sel en réaction à une taxe sur les graisses saturées, (*Mytton et al., 2012*) ou une augmentation de la consommation de graisses, sel et sucre lors d'une subvention sur le pain complet, à moins que ces

nutriments soient taxés en même temps (Mytton et al., 2012, Nordstrom & Thunstrom, 2009). Ces données suggèrent que les éventuels effets indésirables pourraient être évités en mettant au point une taxe fondée sur le profil nutritionnel complet de l'aliment limitant des substitutions qui ne seraient pas favorables à la santé.

4.3.4.2. Résultats d'essais randomisés de faible taille testant l'impact de la régulation fiscale du prix des aliments

Malgré les difficultés de la mise en place d'essais randomisés, certaines études (de petite taille) ont été développées essayant de simuler les régulations économiques. Les investigateurs de ces études ont tenté de contourner les difficultés inhérentes à ces essais, en travaillant dans des environnements de petite taille et contrôlés artificiellement (par exemple, les chercheurs au Royaume-Uni ont diminué les prix des produits alimentaires pauvres en graisses dans un restaurant collectif).

Des études portant sur l'effet de subvention ont eu lieu aux Etats Unis (Brownell & Frieden, 2009, Hernandez et al., 2011) et en Nouvelle Zélande (Blakely et al., 2011, Brownell & Frieden, 2009, Ni Mhurchu et al., 2010). Ces deux essais ont mis en évidence le fait que des subventions accordées sur les fruits et légumes permettaient une augmentation de la consommation de ces produits alimentaires.

Dans une revue récente publiée dans le BMJ, Mytton, Clarke et Rayner ont analysé les résultats d'un petit nombre d'essais contrôlés (Mytton et al., 2012). Ils montrent qu'une taxe de 35 % sur les boissons sucrées dans un restaurant collectif conduit à une réduction de 26 % des ventes de ces produits, mais reconnaissent la nature artificielle de ces expérimentations contrôlées et que des comportements de compensation non contrôlés sont possibles.

4.3.4.3. Les taxes mises en place dans le monde

- **France**

La France a instauré une taxe spécifique sur les boissons avec sucres ajoutés et édulcorants depuis le premier janvier 2012 à hauteur de 7,16 €/hl, soit 11 centimes par bouteille de 1,5 l.

Dans un rapport de la Banque de France (Berardi et al., 2012), Berardi et al ont évalué l'impact de cette 'taxe soda' sur le prix des boissons concernées, à savoir les boissons contenant du sucre ajouté ou des édulcorants à partir d'une base de données constituée de centaines de milliers d'observations sur le prix de boissons non alcoolisées vendues dans plus de 800 supermarchés en France. Il apparait que la taxe a progressivement été répercutée dans le prix de ces boissons au cours des cinq premiers mois de l'année 2012. Toutefois, alors qu'en Juin 2012, la taxe était totalement répercutée dans le prix des sodas, la taxe n'a été répercutée qu'à environ 85% pour les boissons aux fruits et les eaux aromatisées. L'impact de la taxe sur les prix a été différent selon les groupes de

distribution et selon les marques de boissons. L'entrée en vigueur de la taxe soda aurait entraîné une hausse des prix de vente allant jusqu'à 25 % pour les marques de distributeurs, entre 4 à 9 % selon les produits pour des marques comme Coca-Cola.

Il n'a pas été prévu, lors de la mise en place de la taxe soda, de système d'évaluation s'appuyant sur des indicateurs permettant de tester l'impact réel de cette mesure sur les achats. Cependant l'étude de simulation réalisée par Bonnet et Réquillard (*Bonnet & Réquillard, 2013*), prédisait que le niveau de taxe de 0,07 euro/L se traduirait par une baisse de la consommation de l'ordre de 3,4L/personne par an avec un report maximal de 15 % de la consommation de sodas sur les jus de fruit et nectars.

Les chiffres de vente 2012 en super et hypermarché en provenance de Symphony IRI montraient début 2013, pour la première fois depuis de très nombreuses années, une rupture de tendance sur des marchés qui étaient dans une croissance naturelle : les ventes de sodas sucrés gazeux ont diminué de 4% (alors que la tendance des années antérieures laissait augurer une croissance positive de 2%). L'ensemble des ventes de «boissons rafraichissantes sans alcool» a baissé de 1,6 %. Il ne semble pas que cette réduction soit liée à un effet météo puisque les ventes d'eau en bouteille ont poursuivi leur croissance de 1,6 %. Dans le même sens, la consommation de nectars a reculé de 8,57% en 2012, cette chute étant attribuée par l'interprofession UNIJUS à la taxe sur les boissons avec sucres ajoutés.

La mesure a rapporté 280 millions d'euros à l'état. Le produit de cette taxe est destiné au régime général d'assurance maladie.

En octobre 2013, l'assemblée nationale a voté une forte taxe sur les boissons énergétique dans l'objectif affiché de réduire leur consommation.

- **Danemark**

A l'automne 2011, une taxe d'environ 2,15 euros par kilogramme de graisses saturées a été mise en place sur l'ensemble des produits en contenant plus de 2,3 %.

Cette mesure a entraîné une forte mobilisation des industriels de l'agro-alimentaire qui ont argumenté sur les pertes d'emplois que génèreraient la taxe, les coûts administratifs élevés pour les entreprises, notamment les petits producteurs d'aliments naturellement riches en graisses saturées (charcuterie, fromage...) qui devaient faire analyser leurs produits pour avoir la composition nutritionnelle exacte afin de remplir les formulaires du fisc, et les comportements d'échappement des consommateurs (en particulier par le développement des achats de beurre et de crèmes glacées dans les pays frontaliers très proches, comme l'Allemagne et la Suède). Reprenant les mêmes arguments que ceux des opérateurs économiques, le ministère danois de la Fiscalité a argué d'un faible rapport bénéfice/coût pour justifier sa suppression en novembre 2012 (*Etile, 2013, Nestle, 2012*).

Il n'y a pas eu de réelle évaluation de l'impact de la taxe mise en place, sur la santé, ni même sur les comportements alimentaires ou d'achat (la suppression rapide de la taxe ne permettant pas d'avoir un recul suffisant). Cependant les analyses faites par les

économistes de l'Université de Copenhague en 2012 (*Jensen & Smed, 2013*) concluent que la consommation de graisses a diminué de 10 à 20 % dans les 3 mois qui ont suivi l'installation de la taxe (mais il n'est pas possible de savoir si cet effet est due à la taxe en elle-même ou est lié au débat médiatique sur le rôle des graisses sur la santé qui a eu lieu avant et au moment que la taxe a été mise en place).

La taxe a rapporté sur son année d'exercice 216 millions de dollars US. A noter que suite à la suppression de la taxe nutritionnelles, le gouvernement danois a légèrement augmenté les impôts sur le revenu pour compenser le manque d'entrées fiscales (*Jensen & Smed, 2013, Nestle, 2012*)

- **Hongrie**

À l'automne 2011, la Hongrie a mis en œuvre une taxe unitaire d'environ 0,04 euro sur une gamme de produits de grignotage (snacks) à haute teneur en sel et en sucre, tels que les chips, les noix salées, la chocolaterie, la confiserie, les biscuits, les glaces, et les boissons énergisantes. Cette décision a été justifiée par l'utilisation des revenus de la taxe (74 millions de dollars US par an) pour le financement du système de santé. Face à l'argument d'iniquité de cette mesure avancée par des opposants à la taxe, les autorités ont affirmé que cette taxe n'augmentera pas la pauvreté (*Holt, 2011*). Il n'y a pas eu à ce jour d'évaluation publiée des effets de la taxe. Un communiqué récent de l'OMS Europe (2013) fait état d'un rapport d'évaluation sur l'impact sanitaire et financier de la taxe réalisé par l'Institut national pour le Développement de Santé et l'Institut national de l'Alimentation et de la Nutrition et l'OMS (non encore disponible) présenté à la presse le 10 avril 2013 à Budapest. L'OMS annonce que ce rapport a retrouvé un impact positif sur les comportements alimentaires en Hongrie depuis la mise en place de la taxe (*WHO Europe, 2013*).

- **Finlande**

Depuis 2011, la Finlande a remis en place une taxe sur les produits sucrés (bonbons, chocolat, crèmes glacées...) qui avait existé jusqu'à 1999 (0,75 euros per kg). La taxe existant sur les boissons sucrées a été augmentée (passant de 4,5 à 7,5 centimes par litre) et a été étendue à d'autres catégories de boissons.

Il n'existe pas d'évaluation de l'impact de ces taxes.

- **Divers pays européens (Roumanie, Irlande, Royaume Uni, Norvège, Italie,...) ont annoncé qu'ils envisageaient la mise en place de taxes nutritionnelles (EPHA, 2012)**

- **Mexique**

Dans le cadre d'un plan de lutte contre l'obésité, le Sénat a approuvé le 31 octobre 2013, une taxe de 8 % sur les aliments de forte densité énergétique (qui contiennent plus de 275 Kcal pour 100 grammes). Le Sénat et la chambre basse ont déjà donné leur accord à une taxe d'un peso (huit centimes) par litre de boisson gazeuse.

Au total, même si les évaluations des taxes spécifiques mises en place au niveau de certains états et les essais d'intervention contrôlés sont limités, il n'en demeure pas moins que les travaux scientifiques portant sur les « conséquences nutritionnelles » des facteurs prix/régulation économique/taxes, fournissent un corpus d'informations convergentes (notamment à partir des études de simulation). Les Comités d'Experts nationaux ou internationaux (*IOM (Institute of Medicine & In, 2012)*, *Nations Unies (United Nations, 2011)*, *EPHA (EPHA, 2012)*, *Academy of Medical Royal Colleges UK (Academy of Medical Royal Colleges, 2013)*, *University of Sydney (Gill et al., 2010)*, *European Heart Network (European Heart Network, 2011)*, *EatWell (Eatwell Project, 2012)*...) les considèrent suffisamment convaincantes, ou au moins probantes, pour recommander des stratégies de régulation économique au travers de systèmes de taxation et/ou subvention.

4.3.5. Les éléments à prendre en compte pour bâtir une stratégie efficace de régulation fiscale des prix des aliments

4.3.5.1. Les effets attendus au niveau des populations défavorisées

Du point de vue des inégalités sociales, les discussions portent sur l'éventuel caractère régressif des taxes nutritionnelles sur le plan économique, à savoir si le fardeau fiscal serait supérieur pour les ménages les plus défavorisés, du fait d'une plus forte part des dépenses alimentaires dans leur budget (*Allais et al., 2010*, *Chouinard et al., 2007*, *Leicester & Windmeijer, 2004*, *Tiffin & Arnoult, 2011*),

Pour contrebalancer un éventuel effet régressif sur le plan économique, la taxe peut être accompagnée de mesures de compensation de pouvoir d'achat pour les populations à bas revenu via, par exemple, la dégressivité de la TVA ou des subventions ciblées, qui pourraient être financées à partir du revenu généré par la taxe. Enfin pour éviter des substitutions sur des aliments d'autres groupes non taxés mais qui ne permettraient pas de tirer un bénéfice nutritionnel de la mise en place d'une taxe, il faut un système de taxation global et transversal impactant l'ensemble des aliments dont la qualité nutritionnelle amène à ne pas souhaiter la promotion de leur consommation.

Si le caractère potentiellement régressif des taxes sur le plan économique est un argument qui est souvent avancé, la littérature scientifique ne tranche pas réellement sur ce point. Au contraire, dans leur revue systématique publiée dans PLOS Medicine en 2012, Eyles et al., ont observé dans 11 études de simulation sur 14 portant sur des groupes de populations défavorisées que les stratégies sur le prix seraient associées à des effets plutôt favorables sur la consommation d'aliments/nutriments et le risque de pathologies (*Eyles et al., 2012*). Les auteurs concluent que les stratégies testées impactant le prix des aliments ont donc un réel potentiel de réduire les inégalités sociales en matière de nutrition et de santé. C'est également la position défendue par les experts qui ont eu en charge le projet EATWELL (*Eatwell Project, 2012*).

Une revue systématique (avec méta-régression) publiée dans le BMJ en 2013 (*Green et al., 2013*) a permis d'analyser 136 études rapportant l'élasticité des prix alimentaires de

3495 aliments dans 162 pays. Il s'agit d'études expérimentales (à partir de recueil de données par scanner des produits en supermarchés ou à domicile) et d'études transversales ou de cohortes (études familiales ou agrégats de données nationales). Les modèles utilisés permettent de prédire que les augmentations du prix des aliments aboutissent à des réductions de leur consommation qui sont plus importantes dans des pays pauvres. Dans des pays à hauts revenus et bas revenus, respectivement, une augmentation de 1 % du prix de céréales aboutit aux réductions de la consommation de 0,61 % dans les pays à bas revenus et de 0,43 % dans les pays à hauts revenus ; et une augmentation de 1 % du prix de viande aboutit à des réductions de consommation respectivement de 0,78 % et 0,60 %. Dans tous les pays, les modèles prévoient que les ménages les plus pauvres seront le plus touchés par des augmentations de prix des denrées alimentaires.

Si les effets financiers des mesures fiscales peuvent être régressifs, il n'en demeure pas moins que les effets santé sont, en revanche, progressifs (*Allais et al., 2010, INSERM, 2013, Nnoaham et al., 2009, Smed et al., 2007*). En effet, un élément qui peut conduire à considérer que la taxe nutritionnelle est susceptible de réduire les inégalités sociales de santé réside dans la fréquence avec laquelle les catégories défavorisées sont confrontées aux pathologies associées aux dimensions nutritionnelles (maladies cardio-vasculaires, obésité, cancers) (*INPES, 2010*). Cette fréquence y est sensiblement plus élevée que dans les autres catégories de la population. Une même variation de consommation (voire même une variation de consommation un peu plus faible) peut alors induire des bénéfices de santé plus élevés pour ces catégories défavorisées.

Pour cette raison, **même si une taxe avait un effet équivalent en variations des consommations pour toutes les catégories de la population, elle réduirait les écarts entre groupes sociaux en induisant des effets plus importants en prévention des pathologies pour les catégories défavorisées, même si ces effets sont probablement modestes.**

L'expertise collective l'INSERM sur les Inégalités Sociales de Santé (2013) rappelle, sur la base des travaux cités plus hauts, que pour être efficace sur le plan du changement de comportement nutritionnel, le taux de taxation doit être élevé (*INSERM, 2013*). De ce fait si la taxe est régressive, sa justification réside dans sa contribution à la réduction des inégalités de santé : pour cela, elle doit induire un effet bien établi sur la santé, concernant des pathologies qui touchent en particulier les populations défavorisées. Le rapport suggère pour atténuer la régressivité de la taxe de l'accompagner de mesures de compensation du pouvoir d'achat pour les populations à bas revenu, telles que des subventions ciblées, qui peuvent être financées à partir du revenu généré par la taxe. Ces subventions peuvent s'adresser à certains groupes de revenus sous forme de bons d'achat de fruits et légumes par exemple. Elles peuvent également prendre la forme de réductions de prix pratiquées dans des lieux précis tels que dans les cantines scolaires, les points de vente dans certains quartiers,...

En effet, dans plusieurs études, les scénarios de taxation accompagnés de politiques de subvention ou de baisse de TVA (*Kotakorpi et al., 2011, Nnoaham et al., 2009, Nordstrom & Thunstrom, 2009, Nordstrom & Thunstrom, 2011, Smed et al., 2007*) aboutissent à une légère diminution de la dépense alimentaire totale pour les classes les plus défavorisées.

Au total, l'ensemble de ces travaux permet de mettre en avant le fait que l'introduction d'une taxe sur les produits alimentaires dont la qualité nutritionnelle est la moins favorable, couplée à des subventions pour les produits alimentaires dont le profil nutritionnel est plus favorable, permettrait des modifications de la consommation alimentaire vers des produits de meilleure qualité nutritionnelle, et partant de là, de plus grands gains en termes de santé dans les populations défavorisées (*Brownell & Frieden, 2009, Mytton et al., 2012*).

4.3.5.2. Les effets attendus au niveau de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire

La taxe peut également influencer sur les décisions des entreprises en matière de qualité des produits. Pour éviter, par exemple, de transmettre la taxe aux consommateurs, une réduction des coûts de production pourrait être envisagée, ce qui pourrait, par des substitutions d'ingrédients, se traduire par une baisse de la qualité de produits. Pour éviter le risque de diminution qualitative des aliments taxés, une politique de taxation appliquée de façon non pas forfaitaire mais conditionnelle permet de réduire ce risque (un abaissement de la qualité nutritionnelle se traduirait par une augmentation du niveau de la taxe).

Il est nécessaire de définir, au sein de chaque secteur de produits, un seuil de qualité nutritionnelle en-dessous duquel les produits ne sont pas taxés. La taxe sert alors à inciter les entreprises à améliorer la qualité nutritionnelle des produits (seuls les produits au-dessus du seuil de qualité subissent la taxation et d'autant plus qu'ils s'en éloignent). On ne dispose, à ce stade, que de travaux théoriques qui suggèrent que la combinaison d'un seuil de qualité modéré génère de bons effets, en incitant une grande partie des entreprises à améliorer la qualité des produits, sans effets adverses sur le plan des inégalités sociales de santé.

4.3.5.3. L'acceptabilité par les consommateurs

Concernant l'acceptabilité des régulations fiscales, l'étude EATWELL (*Eatwell Project, 2012*), réalisée dans différents pays, a montré que la taxation sur les produits alimentaires défavorables à la santé, afin de promouvoir une alimentation favorable à la santé, recevait l'adhésion de 55 % des enquêtés. L'adhésion pour ce type de taxes est plus importante au Danemark (62,6 %), où seulement 4 autres types de mesures reçoivent autant d'adhésion (l'éducation du consommateur, l'étiquetage nutritionnel, les subventions et la modification de la TVA). L'adhésion envers l'usage de taux de TVA différentiels pour les produits alimentaires favorables ou défavorables à la santé est plus importante, autour de 63%. L'enquête portait aussi sur l'application de subventions pour

les fruits et légumes afin de promouvoir une alimentation favorable à la santé. Ces mesures recevaient une adhésion de 70,1% dans l'échantillon d'enquête EATWELL avec des différences selon les pays. La taxation est mieux acceptée si les recettes sont utilisées pour promouvoir une alimentation favorable à la santé ou même pour réduire d'autres taxes et que les recettes de toute taxe devraient être allouées à l'avance pour financer prioritairement des politiques publiques de santé

Au total, les arguments issus des différents types de travaux disponibles soutiennent la mise en place de stratégies fiscales visant à agir sur le prix des aliments. Afin d'obtenir des résultats en termes de modification des comportements alimentaires, les taxes doivent néanmoins répondre à plusieurs impératifs :

- a) Etre construites de telle sorte que le prix de la taxe soit répercuté au consommateur, créant alors réellement une élévation des prix.
- b) Etre suffisamment élevées pour induire une modification du comportement. En effet, les taxes de faible envergure (moins de 20 %) ont des effets, certes significatifs, mais faibles à court terme sur les comportements visés et la santé nutritionnelle. Le fait que la taxe soit associée à une forte communication sanitaire peut lui conférer une efficacité plus importante.
- c) Etre plutôt conditionnelle et ne s'appliquer qu'aux produits, au sein d'une catégorie, qui présentent une qualité nutritionnelle jugée comme insuffisante au titre d'un système de profil nutritionnel particulier (plutôt que forfaitaire c.-à-d. appliquée en fonction de la présence d'un ingrédient ou d'un nutriment particulier).
- d) Etre proportionnelle en fonction de la qualité nutritionnelle globale : taxe continue calculées de façon exponentielle et non linéaire à partir du seuil de taxation fixé.
- e) Etre globale et viser l'ensemble des aliments dont le profil nutritionnel est le plus défavorable.
- f) Etre associée à des subventions pour les aliments de bonne qualité nutritionnelle. Volet symétrique de la problématique des taxes, la pertinence de mesures visant à subventionner la consommation de produits considérés comme favorables à la santé peut contribuer à compenser le risque de régressivité économique des taxes. Ces mesures peuvent être envisagées en population générale, par exemple à travers la modulation de la TVA selon les caractéristiques nutritionnelles des produits. De telles subventions apporteront une certaine compensation au niveau du budget alimentaire et pourraient également renforcer les changements dans les consommations alimentaires.

Enfin, il faut garder à l'esprit que la littérature scientifique montre deux niveaux possibles d'impact. Il apparaît que même si elles visent, d'abord, à agir directement sur les comportements des consommateurs, les politiques de taxation impactent aussi les comportements des entreprises, qu'ils soient relatifs aux prix ou à la qualité nutritionnelle des produits mis sur le marché. D'autre part, comme toutes les mesures d'une politique de santé publique, leur efficacité réelle doit être pensée dans un contexte intégré avec les autres mesures proposées (synergie, complémentarité et cohérence) (Brownell & Frieden, 2009)

4.4. Actions

Nous proposons la mise en place d'un système de taxation proportionnelle pour les aliments dont la qualité nutritionnelle est la moins favorable couplée à une réduction de la TVA pour ceux dont la qualité nutritionnelle est la plus favorable

4.4.1. Le système de calcul de la taxe et de la réduction de la TVA en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments

La taxe sera calculée en fonction du score nutritionnel tel qu'utilisé pour le système d'information nutritionnelle (mesure n°2) et la régulation de la publicité (mesure n°3), mais utilisée de façon continue et non pas catégorielle (comme dans le système d'information nutritionnelle). Le détail du calcul du score nutritionnel est donné page 41. La taxe sera affectée aux aliments ayant un score nutritionnel supérieur à un certain seuil qui devra être fixé par une commission ad hoc (HCSP/ANSES/CNA). Au-dessus de ce seuil, la taxe sera continue de façon non linéaire mais exponentielle : elle sera donc particulièrement élevée pour les aliments dont le score est le plus élevé (dont la composition nutritionnelle est la plus défavorable).

Les aliments dont la qualité nutritionnelle est la plus favorable (score nutritionnel en dessous d'un seuil qui sera fixé par une commission ad hoc), non seulement ne seront pas taxés mais bénéficieront d'une TVA «super-réduite » de 2,1 % permettant une meilleure accessibilité économique aux populations les plus défavorisées.

La taxe sera appliquée sur les volumes, selon le même modèle que la taxe soda actuellement en cours en France.

Seront exemptés de la taxe (comme pour le système d'information nutritionnelle), les aliments produits par les traiteurs et les artisans (définitions à préciser).

4.4.2. La modulation de la taxe : une incitation pour les industriels à améliorer la qualité nutritionnelle et environnementale des aliments qu'ils produisent

La taxe est d'autant plus élevée que l'aliment a un profil nutritionnel défavorable. Mais le calcul de la taxe, à partir du score nutritionnel continu et exponentiel, permet de répercuter toute amélioration nutritionnelle, même faible et limitée à un élément négatif,

par une réduction significative et d'autant plus ample que l'aliment à un score initial négatif élevé (compte tenu de la fonction exponentielle utilisée pour calculer la taxe).

Une décote de la taxe est envisageable en fonction d'un indicateur environnemental intégrant diverses données dans le domaine de la durabilité (contaminants, Indicateurs de l'Analyse en Cycle de Vie, Impact sur les milieux naturels : écosystèmes et biodiversité). Le pourcentage de décote et les critères à prendre en compte dans l'indicateur de durabilité permettant la décote devront être fixés par un Comité ad hoc.

Proposition 3

Mettre en place un ensemble de mesures spécifiques

Ces mesures spécifiques sont complémentaires aux mesures structurelles proposées et aux actions en cours dans le cadre du PNNS3. Elles visent particulièrement à impacter l'état nutritionnel et de l'état de santé des populations fragiles (enfants, populations défavorisées) et contribuent à lutter contre les inégalités sociales de santé.

Mesure n°5

Offrir à tous (et notamment aux populations défavorisées) les conditions favorables pour pratiquer une activité physique et sportive

5.1. Objectif

Offrir à tous (et notamment aux populations défavorisées) les conditions favorables pour pratiquer une activité physique et sportive.

5.2. Principe

A côté des actions de communication faisant la promotion de l'activité physique, il est indispensable d'agir sur l'offre pour favoriser le passage à la pratique, ce qui passe par des actions sur l'environnement physique et social et sur l'accessibilité aux équipements et moyens de pratiquer une activité physique et sportive.

Il s'agit ici de réduire les inégalités sociales de pratique par une ouverture à tous les publics et de favoriser la pratique familiale.

Un certain nombre de recommandations répondant à l'objectif d'une meilleure prise en compte de la santé au travers de l'activité physique doivent s'appuyer sur une législation sur l'aménagement du territoire, l'urbanisme, la mobilité et le développement durable. Elles sont pour l'essentiel de la compétence de l'Etat et s'adressent donc aux ministères en charge de ces domaines. Les recommandations s'appuient sur deux types d'instruments : les lois et règlements relatifs à l'aménagement du territoire d'une part, la réglementation des mécanismes économiques d'autre part.

5.3. Contexte général et bases scientifiques justifiant la mesure

Améliorer l'accessibilité (spatiale, financière) à des équipements sportifs et récréatifs et à des espaces verts (équipés d'infrastructures adaptées) est un des éléments pour favoriser la pratique régulière d'activité physique durant les loisirs dès le plus jeune âge. Chez les jeunes, il semble, en effet, bien établi que la disponibilité des infrastructures de loisirs et des espaces verts soit positivement associée à un mode de vie actif (*Gordon-Larsen et al., 2006, Santos et al., 2009*), spécialement chez les adolescentes (*Boone-Heinonen et al., 2010*). Chez les adultes, bien que les relations entre disponibilité/accessibilité des

équipements et pratiques d'activité physique soient moins nettes, ces relations seraient cependant plus importantes pour les populations qui résident dans des quartiers défavorisés ou qui ont de faibles revenus. Ainsi des études suggèrent que les résidents des quartiers défavorisés déclarent une activité physique plus importante lorsque la densité d'équipements (notamment salle de gym et espace vert) augmente.

D'autre part, favoriser la pratique d'activité physique au travers de la marche et du vélo lors des déplacements (mobilités/transports actifs) est considéré par tous les comités d'experts comme un des éléments majeurs pour permettre d'améliorer le niveau d'activité physique générale au sein de la population.

Les nombreux travaux et documents réalisés ces dernières années par le Certu (Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques), l'IAU (Institut d'aménagement et d'urbanisme), l'Ifsttar (Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux), le réseau Ville-Santé de l'OMS et les récents rapports sur l'usage du vélo en France (*Héran, 2012, Praznoczy, 2012*) font des recommandations sur les aménagements urbains qui favorisent les mobilités actives, sur les synergies à mettre en place et sur le rôle des collectivités locales comme le moteur de la mise en œuvre des actions santé/aménagement. Les éléments qui sont mis en évidence par ces nombreux rapports et travaux transparaissent dans les documents d'urbanisme qui existent déjà en France : plan local d'urbanisme, plan de déplacement urbain, plan « piéton ». Il s'agit de renforcer la sécurité (partage de la voirie, éclairage public, zone de rencontre,...), la présence d'équipements et de services de proximité, la présence d'axes et de liaisons piétons/cyclables, la présence de réseaux verts (espaces et voies), d'améliorer la signalétique urbaine et de privilégier la multi-modalité.

De nombreux travaux de recherche montrent aussi que, chez les adultes, la densité de l'offre de transport en commun et l'accessibilité à des équipements et à des services de proximité sont les éléments pour lesquels les associations positives avec la marche et le vélo sont les plus systématiques (*Durand et al., 2011, Rissel et al., 2012*). L'expertise collective l'INSERM sur les ISS (*INSERM, 2013*) rappelle que pour être efficace la dimension de la santé doit être incluse en amont des projets d'urbanisme et d'aménagement des territoires. Par exemple, la ville de Strasbourg, pionnière dans le domaine, a intégré la santé dans son plan de déplacement urbain (PDU) décliné, entre autre, par la mise en œuvre d'un « Plan Piéton » structurant voirie et urbanisme. Avec 40% des déplacements effectués à pied, la Ville de Strasbourg est aujourd'hui la première ville (hors Paris) en termes de pratique de la marche.

Les arguments issus des différents types de travaux disponibles soutiennent la mise en œuvre de projets « transports actifs et santé » associant l'ensemble des acteurs de la ville pour aménager les espaces urbains et évaluer l'impact de ces aménagements sur la santé des habitants.

5.4. Actions

Certaines des propositions sont issues de celles proposées par le Rapport Toussaint (2008).

- **favoriser par des dispositifs financiers l'accessibilité à la pratique d'activité physique dans la vie quotidienne et à l'activité sportive encadrée**
 - Développer des dispositifs d'aides financières à la pratique sportive des enfants et des adolescents de familles défavorisées à l'aide de tickets sport (financés par le produit de la taxe nutritionnelle) permettant la prise en charge des inscriptions à des clubs sportifs (voir mesure n°9).
 - Permettre une déduction fiscale nationale, du coût de la licence, pour les populations défavorisées.
 - Favoriser la dimension familiale de la pratique en incitant les associations et clubs à la prendre en compte pour leurs tarifs d'inscription et en créant une licence familiale.
 - Faire prendre en charge tout ou partie de l'abonnement vélo dans les villes, de plus en plus nombreuses, où ce type de transport est implanté (Vélib, Vélov, Vélodi, Bicloo et autres Cyclocités).
 - Proposer une défiscalisation à hauteur de 200 euros par an, pour favoriser les déplacements professionnels à vélo des personnes qui résident dans un rayon de 10km environ de leur lieu de travail.
 - Mettre en place des mécanismes de financement favorables aux déplacements de courtes distances. Un financement spécifique du département ou de la région peut être dédié pour contribuer à l'implantation d'une action d'intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité (ICAPS), soutenue par le guide de l'INPES.
 - Rendre accessibles les équipements sportifs de quartiers hors temps scolaire encadrés par du personnel formé (contrats emplois-jeunes, service civique)
- **actions sur l'environnement, promotion des transports actifs**
 - Développer une offre adaptée aux transports actifs : pistes cyclables et parc à vélo sécurisés (rues, domicile, travail), trottoirs adaptés, bancs, réseaux denses de zones piétonnes, partage de la voirie (piéton/vélo), normes de stationnement avec des exigences concernant le parage des vélos (nombre de places abritées et sécurisées par logement, par surface de vente, par employé, etc). La réalisation d'abris à vélos doit être introduite pour les nouveaux bâtiments de logements, pour les équipements publics, les surfaces commerciales, les entreprises, etc.
 - Intégrer dans les critères de subventionnement d'ouvrages et d'équipements la prise en compte des effets du projet sur les transports actifs.
 - Conditionner l'obtention des permis de construire des bâtiments publics à la mise en place et à l'accessibilité des escaliers (qui soient décorés et plaisants à utiliser),

des abris à vélos ainsi qu'au « prolongement d'extérieur » favorisant les activités physiques de proximité.

- Introduire l'obligation d'un volet « transports actifs » dans les documents de planification urbaine et dans le cahier des charges des commandes publiques (projets d'urbanisation, révision de PLU, aménagements routiers, espaces publics, etc.) qui relèvent des compétences des collectivités territoriales avec des objectifs chiffrés (plan piéton/plan vélo).
- Modifier les normes de construction et de réfection des routes pour que les mobilités douces soient systématiquement prises en compte.
- Communiquer et animer des actions (parcours sécurisés pour la marche et le vélo, parcours verts) combinées à une signalétique de jalonnements piétons (temps de parcours à pieds) pour permettre la réappropriation de la marche et du vélo comme élément de plaisir, récréatif par le public.
- Mettre en œuvre des plans de mobilité scolaire : accessibilité sécurisée à l'école pour les piétons, exemple des « Pédibus », « Car à pattes » ou autre « Car à cycles » (= bus pédestres et bus cyclistes).
- Introduire l'obligation, pour toute implantation d'entreprise de plus de 20 employés, d'établir un « plan de mobilité d'entreprise » comprenant un volet «vélo».

Mesure n°6

Améliorer l'accessibilité à l'eau

6.1. Objectif de la mesure

Favoriser l'accessibilité à l'eau pour tous, notamment pour les enfants (et en général pour les jeunes).

6.2. Justification de la mesure

La promotion de la consommation de l'eau comme seule boisson indispensable chez l'enfant et chez l'adulte passe par un accès facilité à une offre d'eau gratuite, saine, de bonne qualité, plaisante à boire et disponible en tout lieu. Elle doit également permettre d'offrir une alternative sur tous les lieux où sont promues des offres de boissons sucrées (CDC, 2010, CDC, 2012, Institute of Medicine, 2007a, National Association of Local Boards of Health, 2010). Différents travaux ont mis en évidence que favoriser la consommation d'eau comme boisson de base s'accompagne d'un moindre risque de prise de poids chez les enfants, les adolescents et les adultes (Daniels & Popkin, 2010, Dennis et al., 2010, Stookey et al., 2007, Stookey et al., 2008). Substituer les boissons sucrées par l'eau est associé avec une diminution des apports caloriques chez les enfants et les adolescents (Wang et al., 2009), et installer des fontaines d'eau dans les lieux publics et autres sites augmente la consommation d'eau et réduit le risque de surpoids et d'obésité (Muckelbauer et al., 2009).

Une étude d'intervention réalisée en Nouvelle-Zélande a retrouvé que les enfants ayant accès à des fontaines d'eau fraîche à l'école, consommaient moins de sodas et de jus de fruits que les enfants du groupe témoins (*Taylor et al., 2008*). Cependant, les différences étaient principalement liées à la consommation accrue de boissons sucrées dans le groupe témoin.

6.3. Actions

- a) Mettre en place dans tous les lieux publics accueillant du public (notamment les enfants et les adolescents) des fontaines d'eau réfrigérée offrant une eau saine, de bonne qualité gustative, facilement accessible et gratuite.
- b) Tout distributeur automatique offrant à la vente des produits alimentaires (notamment des boissons sucrées ou au goût sucré) doit être couplé à une fontaine d'eau réfrigérée attenante intégrée dans le distributeur ou à proximité (installation et maintenance à la charge de la société gérant les distributeurs automatiques).

Mesure n°7

Améliorer l'offre alimentaire dans les distributeurs automatiques de produits alimentaires

7.1. Objectif et justifications de la mesure

En cohérence avec les mesures structurelles visant à favoriser une accessibilité (économique mais aussi physique) à des aliments de bonne qualité nutritionnelle et pour limiter la « pression » incitant à la consommation d'aliments de forte densité énergétique, nous proposons de rendre obligatoire la présence au sein des distributeurs automatique payants, d'un minimum d'aliments dont le score nutritionnel est considéré comme favorable afin de permettre le choix des consommateurs qui le souhaitent vers des aliments mieux équilibrés sur le plan nutritionnel.

7.2. Action

Outre la fontaine d'eau réfrigérée qui devra être lui être couplée, le distributeur automatique payant devra obligatoirement contenir au moins 30 % de son offre de boissons et 30 % de son offre d'aliments solides appartenant à la gamme des produits alimentaires de bonne qualité nutritionnelle porteurs du logo Vert (A) ou Jaune (B) (fruits, légumes, yaourts... pour les produits solides ; eau en bouteille, boissons non caloriques... pour les boissons).

Mesure n°8

Réglementer la teneur en sel et en fibres du pain et des produits de panification

8.1. Objectif de la mesure

Diminuer les apports de sel et augmenter les apports de fibres apportés par les pains et produits de panification artisanaux et industriels

8.2. Principe de la mesure

Le pain étant le principal contributeur des apports de sel et une source de fibres, il s'agit d'améliorer la qualité nutritionnelle du pain (artisanal et industriel), notamment du pain courant, en réduisant sa teneur en sel et en augmentant sa teneur en fibres par voie réglementaire.

Il s'agit, entre autre, d'offrir à la population qui, pour des raisons économiques, n'a pas accès aux pains spéciaux actuellement mis sur le marché, plus riches en fibres (et souvent plus pauvres en sel), mais plus chers, la possibilité d'avoir accès à des pains de base améliorés en terme de qualité nutritionnelle (sur le plan du sel et des fibres).

Le principe de la réglementation facilite la mise en œuvre de la mesure au niveau des artisans qui constituent une profession atomisée (plus de 30 000 boulangers) en fixant des règles identiques pour tous dans un cadre clair et dont la faisabilité est démontrée (et par une mesure générale « obligatoire » répondre aux craintes de concurrence entre les lieux de vente).

La mesure doit être étendue à tous les produits de panification (notamment biscottes, pâtes à pizza...).

8.3. Contexte général et bases scientifiques justifiant la mesure:

- **Problématique du sel**

En 2003, l'Organisation Mondiale de la Santé (l'OMS) et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) ont publié un rapport conjoint demandant que des mesures soient prises pour limiter l'apport en sel de la population à 5 g ou moins par jour (< 2 000 mg de sodium) (*World Health Organization, 2003*). Divers pays ont fixé à 6 g par jour leurs recommandations nationales (Royaume-Uni, Finlande, Etats-Unis...). En France, pour tendre vers ces recommandations (repris dans la Loi de Santé Publique de 2004), le PNNS a proposé, dans une approche pragmatique, de réduire entre 2001 et 2008, de 20 % la consommation moyenne de sel de la population française en passant de 10 g/j à 8 g/j. Les résultats de l'étude nationale Nutrition-Santé (ENNS) ont retrouvé en 2006-2007 une consommation moyenne de 8,5 g/j (9,9 g/j chez les hommes et 7,0 g/j chez les femmes) (*Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen), 2007*). Les apports observés dans l'ENNS sont cohérents avec ceux observés dans l'étude INCA2 (ANSES) : ces derniers étaient un peu plus faibles (8,7 g/j chez les hommes et 6,7 g/j chez

les femmes) mais ces estimations ne prenaient pas en compte le sel ajouté à domicile (AFSSA, 2009a). Les nouveaux objectifs proposés par le Haut Conseil en Santé Publique (HCSP) en octobre 2010 font la distinction entre les sexes et fixent une diminution de la consommation de sel dans la population pour atteindre en 5 ans (2015) 8 g/j pour les hommes et 6,5 g/j pour les femmes (Haut Conseil de la Santé Publique, 2009).

De nombreuses estimations scientifiques (utilisant des modèles théoriques) suggèrent un bénéfice potentiel important de la réduction de la teneur en sel sur le plan de la morbidité cardiovasculaire, et ce, même avec une réduction faible de la consommation moyenne de sel dans la population. Les effets projetés d'une réduction de la consommation de sodium à l'échelle des Etats-Unis ont suggéré qu'une simple réduction de l'apport moyen en sel de 1 g/j (400 mg de sodium) dans la population américaine, permettrait une diminution annuelle de 20 000 à 40 000 cas de coronaropathie, de 11 000 à 23 000 cas d'accident vasculaire cérébral, de 18 000 à 35 000 cas d'infarctus du myocarde, de 15 000 à 32 000 décès de toutes causes (Bibbins-Domingo et al., 2010).

En France (Etude Nutrinet-Santé, 2010), seuls 1 % des hommes et 5 % des femmes ont un apport en sel inférieur ou égal à 5 g/j correspondant aux recommandations de l'OMS ; 5 % des hommes et 18 % des femmes ont un apport en sel total inférieur ou égal à 6 g/j (recommandation dans de nombreux pays européens) ; 36 % des femmes et 67 % des hommes ont des apports en sel supérieur à 8 g/j (seuil maximal que la France s'était fixé d'atteindre en 2008 dans la Loi de Santé Publique de 2004). Dans l'étude ENNS (Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen), 2007), 33,5 % des hommes et 73,6 % des femmes ont des apports inférieurs à 8 g par jour.

Les différentes études faites en France (NutriNet-Santé, Suvimax, Inca2) mettent en évidence que le pain représente le principal contributeur de l'apport total de sel dans la population (apportant 24 à 30 % des apports quotidiens en sel).

La contribution du pain dans l'apport total de sel des français avait déjà été identifiée par le Groupe de Travail qui en 2002 a défini les recommandations françaises pour limiter les apports de sel dans la population française. Une réduction progressive de la teneur en sel de tous les pains, « artisanaux » ou « industriels » (et des autres produits de boulangerie, biscottes, viennoiseries...) d'environ 5 % par an avait été proposée pour atteindre à l'échéance de 5 ans, 18 g de sel ajouté par kg de farine. Il était clairement indiqué qu'« avant d'imposer éventuellement une quantité réglementaire, il conviendrait de prévoir une période transitoire incitative ». La réduction de la teneur sodée des produits de boulangerie était considérée comme acceptable par les professionnels de la boulangerie, tant sur le plan technologique que gustatif.

Malgré les efforts notoires du secteur de la boulangerie, en termes d'actions pédagogiques et d'information auprès des boulangers ainsi qu'à destination des centres de formation d'apprentis, et les actions menées auprès des fournisseurs pour faire baisser la teneur en sel des produits élaborés, l'impact des recommandations n'a pas permis d'atteindre les objectifs fixés. Les analyses de la teneur en sel du pain par l'INC et l'ANSES (2012) ont permis de montrer qu'une diminution des teneurs en sel ont été

amorçées récemment depuis 2008 (1,71 vs 1,51 g/100 g entre 2008 et 2011) pour les pains et produits de panification mais bien en deçà des objectifs qui étaient fixés. L'Anses constate que les démarches volontaires se révèlent à elles seules insuffisantes pour atteindre les objectifs de santé publique fixés.

- **Problématique des fibres**

De nombreux travaux scientifiques ont mis en évidence les effets protecteurs des fibres sur la santé, en termes 1) de maladies cardiovasculaires : une augmentation de 10 g/j de l'apport en fibres était associée à une réduction de 17 à 35 % de la mortalité cardiovasculaire (*Pereira et al., 2004, Streppel et al., 2008*) 2) de diabète de type II : réduction de risque de diabète de type II de 22 % chez des femmes consommant en moyenne 26 g/j de fibres, comparé à celles qui n'en consommaient que 13 g/j en moyenne (*Meyer et al., 2000*), 3) de surpoids et obésité : les femmes fortes consommatrices de fibres (5ème quintile) avaient près de 50 % moins de risque de prendre du poids sur les 12 ans que durait l'étude, comparé aux femmes faibles consommatrices de fibres (1er quintile) (*Liu et al., 2003*), 4) de cancer colorectal : méta-analyse : chaque augmentation de 10 g/j de fibres, le risque de cancer colorectal était diminué de 10 % (*Aune et al., 2011*).

En France, l'ANSES recommande de consommer 25 g/j de fibres, et si possible 30 g/j. Au niveau Européen, l'European Food Safety Agency (*EFSA, 2010*) a fixé à 25 g/j la consommation optimale de fibres chez l'adulte pour maintenir un fonctionnement intestinal normal. Toutefois, l'Agence reconnaît qu'un apport en fibres supérieur serait bénéfique pour la santé, améliorant le contrôle du poids et diminuant le risque de maladies cardio-vasculaires et de diabète. Aux Etats-Unis, l'Institute of Medicine (IOM) a établi en 2005 un niveau d'apport recommandé pour les fibres pour les adultes : 38 g/j pour les hommes et 25 g/j pour les femmes (*Institute of Medicine, 2002*).

Les apports en fibres dans la population française (*Etude Nutrinet-Santé, 2012*) sont de 20 g/j chez les hommes et 18 g/j chez les femmes. Seuls 22 % des hommes et 12 % des femmes atteignent le seuil de 25 g/j (minimum recommandé) et seuls 10 % des hommes et 4% des femmes atteignent le seuil de 30 g/j (seuil optimal recommandé). Des chiffres de même nature ont été décrits dans les études ENNS et INCA2 : respectivement 17,6 et 19,2 g/j chez les hommes et 14,7 et 16,0 g/j chez les femmes (*Usen, 2007 (Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen), 2007), ANSES 2007 (AFSSA, 2009a, AFSSA, 2009b)*)

Les groupes d'aliments qui contribuent le plus à l'apport en fibres dans l'alimentation des Français sont les légumes, les fruits et le pain et les biscottes. Les légumes secs et les aliments complets tels que le riz complet ou les pâtes complètes, bien que riches en fibres et ayant une bonne qualité nutritionnelle, sont encore trop peu consommés par les français.

Le pain courant est déjà « source de » fibres, mais la farine raffinée utilisée traditionnellement dans la fabrication du pain courant (farine type 55 ou même 65), le

plus économique, amène à produire un pain dont la teneur en fibres est peu élevée. Il existe certes une offre de pains « riches en » fibres mais il s'agit d'un marché de niche avec des produits dont le prix est beaucoup plus élevé. Plusieurs travaux dans le cadre du projet PluRiFib ont permis de montrer qu'il est possible d'améliorer la teneur en fibres du pain du pain courant dans des limites ne nuisant pas à son acceptabilité par les consommateurs (études faites sur les enfants et adolescents en milieu scolaire et chez les adultes en restauration d'entreprise) (INBP, 2011).

8.4. Actions

Réglementer la composition de la farine de base qui devra contenir pour toute utilisation dans le pain et les produits de panification :

1. *pour la teneur en sel :*

- à échéance d'un an, moins de 18 g de sel/kg de farine.
Prenant en considération l'augmentation qualitative et quantitative des protéines et donc l'augmentation de l'hydratation des farines a augmentée, on peut se fixer les bases suivantes pour 100 kg de farine : 1,8 kg de sel, 2 kg de levure, 65 litres d'eau, soit un total de 168,8 kg de pâte, soit 1,06 % de sel dans la pâte, ce qui donne environ 14,93 g de sel par kg de pain frais.
- à échéance de 3 ans, moins de 16 g de sel/kg de farine.

Dans une logique de baisse de la quantité de sel pour tous les pains, la future réglementation devra prendre en compte aussi les autres ingrédients que la farine. Si l'on considère les pains hydratés à 70 % ou les pains enrichis en graines, il faudra tenir compte de la masse supplémentaire (graines et/ou eau) apportée pour une même quantité de farine et adapter le calcul du sel.

Il sera nécessaire de prévoir de rares exceptions, pour la teneur en sel, lorsque la recette spécifique régionale exige des conditions particulières, comme le bretzel traditionnel (sur lesquels sont rajoutés des grains de sel).

2. *pour la teneur en fibres :*

- à échéance d'un an : utilisation de farine au moins type 75 ,
- à échéance de 3 ans : utilisation de farine au moins type 80.

Les modifications de composition en sel et fibres ne doivent s'accompagner d'aucune augmentation de prix des pains courants.

Mesure n°9

Distribution de coupons « fruits et légumes » et « coupons sport » aux populations défavorisées

9.1. Objectif de la mesure

Améliorer les apports en fruits et légumes et l'accessibilité aux activités physique et sportives des populations fortement défavorisées par des incitations financières.

9.2. Principe

Fournir un support financier sous forme de coupons échangeables contre des aliments de bonne qualité nutritionnelle peut permettre d'améliorer les apports nutritionnels des populations défavorisées et contribuer à réduire les inégalités sociales dans le domaine de la nutrition. De la même façon, rendre possible par des coupons sport l'inscription des enfants aux clubs sportifs peut lever des freins économiques et faciliter la pratique d'une activité physique utile à la santé.

Ces coupons devront se présenter sous une forme évitant tout risque de stigmatisation des bénéficiaires (coupons type tickets restaurant ou coupons universels).

9.3. Contexte justifiant la mesure

De nombreux travaux dans le monde ont montré, dans les populations précaires un écart important entre les consommations de certains groupes alimentaires et les recommandations nutritionnelles, écart bien plus important que ce qui est observé en population générale. Ceci est particulièrement net pour les fruits et légumes. En France, par exemple, les études ABENA 1 et 2 réalisées à 5 années de différence sur des bénéficiaires de l'aide alimentaire montrent une légère amélioration du nombre de sujets consommant au moins 5 fruits et légumes par jour. Mais ils ne sont seulement que 6,5 % à atteindre la recommandation en 2011-2012 (contre 1,8 % en 2004-2005) alors qu'ils sont 43 % en population générale à l'atteindre (ENNS 2006-2007) (*Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen), 2007*).

Compte-tenu des facteurs limitant multiples et complexes qui ont été suggérés pour expliquer pourquoi les populations précaires sont particulièrement susceptibles d'avoir des consommations alimentaires défavorables, de nombreux Comités d'experts (Eatwell 2012 (*Eatwell Project, 2012*), Gill et al (*Gill et al., 2010*), USDA, 2009 (*USDA, 2009*)) recommandent de mettre en place des programmes d'aide sociale visant à augmenter via des systèmes de distribution mensuelle de coupons ou des subventions, les apports en aliments de bonne qualité nutritionnelle pour les familles défavorisées.

Ces comités s'appuient en partie sur le fait qu'il existe déjà, dans divers pays des programmes d'assistance permettant de financer partiellement, par le biais de coupons mensuels, une partie des achats alimentaires de ménages défavorisés. D'une façon

générale, les bilans de ces programmes sont positifs en ce sens qu'ils permettent de réduire de façon significative les situations d'insécurité alimentaire, en particulier parmi les enfants pauvres (*INSERM, 2013*). Par contre, l'impact des programmes d'assistance au travers de coupons « généraux » sur la qualité nutritionnelle de l'alimentation des populations défavorisées, est beaucoup plus controversé. Une des explications plausibles et le fait que ces coupons d'aide générale ne sont pas ou que partiellement orientés vers des aliments et parfois servent à l'achat d'aliments dont la composition nutritionnelle n'est pas favorable. Ceci a conduit un certain nombre de Comités d'Experts à proposer une restriction des coupons à des achats de produits favorables à la santé. De telles mesures existent au sein de plusieurs programmes d'aide publique et visent en particulier les femmes pauvres avec de jeunes enfants (*INSERM, 2013*).

Aux USA, le Special Supplementary Nutrition Program for Women, Infants and Children » (WIC) a été lancé en 1972 avec l'objectif de favoriser la consommation d'aliments permettant de lutter contre les déficiences nutritionnelles les plus fréquemment observées chez les femmes enceintes, les femmes en post-partum et les jeunes enfants de moins de 5 ans défavorisés.

Toujours aux USA, le Food Stamp Program, actuellement appelé Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), a été initialement mis en place pour faire consommer le surplus des fermes américaines tout en se voulant une stratégie d'amélioration de la santé des familles pauvres dont les moyens économiques ne permettent pas d'avoir accès à une alimentation favorable à la santé. En fait le programme met peu de restriction sur les groupes alimentaires, mais les coupons sont dédiés aux achats d'aliments.

Au Royaume-Uni, le « Welfare Food Scheme program », rebaptisé « Healthy Start » en 2006, vise à améliorer les comportements alimentaires de femmes enceintes, de jeunes mères, et de leurs enfants de moins de 4 ans, appartenant à des milieux défavorisés. Les familles concernées reçoivent des coupons gratuits qui peuvent être échangés contre du lait frais, des fruits et légumes frais ou surgelés ou des laits infantiles et sont éligibles pour des suppléments vitaminiques. Un programme du même type existe en Pologne depuis 2005 pour les populations les plus défavorisées.

L'évaluation de ces actions met en évidence un accroissement de la consommation de fruits et légumes pouvant atteindre 1 à 2 portions par jour. Les bénéficiaires qui recevaient 10 US \$ par semaine, sous forme de coupons ont augmenté leur consommation de fruits et légumes par rapport à un groupe témoin et l'effet a perduré 6 mois après l'intervention (*Herman et al., 2008*).

Selon l'USDA (2009), le programme WIC note un accroissement de 10 à 20 % de la consommation de nutriments importants pour les femmes enceintes et les enfants (apport de fer, vitamines C, B1, B6 sans augmenter les apports caloriques, en graisses ou en cholestérol). Ces changements de comportements alimentaires ont aussi des effets sur le plan de la santé avec une amélioration de la croissance des nourrissons et jeunes

enfants à risque, un accroissement significatif, bien que modeste, du poids moyen des bébés à la naissance et une réduction de la mortalité foetale.

Par contre, les analyses de l'impact du programme d'assistance alimentaire SNAP qui est non ciblé sur des aliments de bonne qualité nutritionnelle, sont plus controversées. Un travail suggère chez les bénéficiaires une augmentation de la prévalence de l'obésité (Zagorsky & Smith, 2009), mais les autres études ne retrouvent pas cet effet négatif et au contraire, la littérature scientifique suggère globalement que les coupons contribuent dans les populations défavorisées qui les reçoivent à augmenter les apports en fruits et légumes (Brambila-Macias et al., 2011)

Des études comparatives testant comment les coupons sont utilisés par les familles par rapport au don d'une somme d'argent équivalente montrent que les coupons permettent d'augmenter les apports en différents nutriments 2 à 10 fois plus que ne le fait l'argent donné en liquide (Barrett, 2002).

L'USDA (USDA, 2009) conclut que les résultats des études conduites par la FNS et d'autres entités non-gouvernementales prouvent que le WIC est l'un des programmes d'intervention nutritionnelle les plus réussis et de meilleur coût-efficacité de la nation. Selon (Abrams, 1993), le WIC est particulièrement rentable, chaque dollar dépensé dans WIC permettant de réduire les dépenses de Medicaid de 2,89\$ par nourrisson pour leur première année, et 3,5\$ entre la naissance et leurs 18 ans.

En France, un essai d'intervention randomisé, au sein d'une population précaire de Seine-Saint-Denis, a évalué l'impact de chèques destinés à l'achat de fruits et légumes frais sur la consommation alimentaire et l'état nutritionnel. Dans cette population 28 % des participants étaient des très faibles consommateurs de fruits et légumes (moins d'une fois par jour). L'intervention par distribution de chèques fruits et légumes (10 euros/mois pour une personne seule, 40 euros/ mois pour une famille) a montré, après trois mois d'intervention, que les chèques permettaient une augmentation de la consommation de fruits et légumes de 0,74 portion/jour ainsi qu'une réduction de la proportion de faibles consommateurs (moins de une portion/jour) qui passe de 21,9 à 5,5 % de l'échantillon (Bihan et al., 2010, Bihan et al., 2012).

Une revue récente de la littérature concernant les évaluations des programmes SNAP et WIC met en évidence clairement que ces programmes d'aides sociales sont efficaces pour réduire l'insécurité alimentaire des populations défavorisées (Tripp et al., 2012). En utilisant les données scannées dans les supermarchés, et en ajustant sur les facteurs socio-économiques, les chercheurs ont montré que les foyers SNAP dépensaient une plus faible partie de leur budget en fruits et légumes et produits laitiers, et une plus grande partie de leur budget en desserts, sucrerie et produits de snacking, comparés aux bénéficiaires du WIC. Lenz et Barrett (Lenz & Barrett, 2013) ont passé en revue l'ensemble des évaluations effectuées sur les programmes SNAP et WIC et ont montré des effets positifs du programme WIC sur le poids de naissance, la croissance de l'enfant et le statut nutritionnel. Une partie du bénéfice de ces mesures pourrait être liée à la combinaison de l'aide alimentaire avec un monitoring de la croissance de l'enfant et des

consultations médicales (*Lentz & Barrett, 2013*). Meyerhoefer et Yang (*Meyerhoefer & Yang, 2011*) ont rapporté que les bénéficiaires du programme SNAP dépensent plus d'argent en alimentation que les non-bénéficiaires avec des revenus post-transfert équivalents.

En Australie, le programme Fighting Disease with Fruit a testé l'impact de subventions pour les fruits et légumes permettant aux familles aborigènes défavorisées qui dépensent 5 US \$ de fruits et légumes, d'en recevoir pour l'équivalent de 40 US \$ (*Jones & Smith, 2007*). Le programme comprenait également la distribution de fruits et légumes quotidiennement à l'école et s'est accompagné d'une amélioration du statut en vitamine C chez les enfants présentant des déficiences (*Jones & Smith, 2007*).

Au total, il ressort clairement des données des études expérimentales et des expériences grandeur nature que la distribution mensuelle de coupons alimentaire exclusifs, notamment dédiés aux aliments de bonne qualité nutritionnelle, constituent un moyen efficace pour améliorer les apports et le statut nutritionnel des populations défavorisées.

9.4. Actions :

Instaurer pour les personnes particulièrement défavorisées sur le plan économique (par exemple, les familles-mono parentales allocataires des minimas sociaux avec des enfants de moins de 5 ans), la distribution de coupons exclusifs (et non échangeables) de fruits et légumes (qui pourraient être de l'ordre de 2 coupons de 5 € par mois, soit 10 € par personne et 40 € pour une famille de 4 personnes) permettant l'achat de tout type de fruits et légumes bruts dans les lieux de vente.

Pour les étudiants en situation précaire (définition à prévoir), fourniture de coupons exclusifs (et non échangeables) de fruits et légumes correspondant à 10 euros par mois, délivrés par le CROUS et permettant d'acheter tout type de fruits et légumes bruts dans les lieux de vente.

Distribution pour les familles défavorisées (allocataires des minimas sociaux avec des enfants de 6 à 17 ans), de tickets « sport » d'une valeur de 50 euros par an et par enfant exclusivement utilisables pour couvrir les droits d'inscription des enfants dans des clubs sportifs.

Les coupons fruits et légumes et les tickets sport pourraient être financés par les fonds collectés dans le cadre de la taxe nutritionnelle.

Mesure n°10

Implantation de marchés et de jardins communautaires dans les zones défavorisées

10.1. Objectif de la mesure

Améliorer l'accessibilité économique et physique à des aliments diversifiés et notamment de bonne qualité nutritionnelle (notamment de fruits et légumes) par l'implantation de marchés de proximité et de lieux de vente engagés dans une démarche d'offre alimentaire favorable et le développement de jardins communautaires dans les zones défavorisées.

10.2. Contexte général et bases scientifiques justifiant la mesure

L'accessibilité à une offre alimentaire de bonne qualité nutritionnelle (et une offre environnementale favorisant l'activité physique) est considérée par tous les comités d'experts en nutrition comme des éléments majeurs pour améliorer la situation nutritionnelle des populations.

Plusieurs études ont évalué diverses stratégies pour améliorer cette accessibilité. La plupart des travaux disponibles ont été réalisés aux USA et au Royaume-Uni et visent à améliorer l'accessibilité à des aliments de meilleure qualité nutritionnelle par l'installation de supérettes dans des zones défavorisées mal desservies avec l'objectif de faciliter l'accès aux fruits et légumes et aux aliments complets ou réduire l'accès aux produits alimentaires de forte densité énergétique dans les établissements de restauration rapide et des restaurants.

Des études réalisées aux USA ont mis en évidence dans des zones métropolitaines que le risque d'obésité était augmenté et la probabilité de manger au moins 5 fruits et légumes par jour était diminué à mesure que la distance aux supermarchés augmentait. Cette relation n'était pas retrouvée dans des zones non-urbaines (*Michimi & Wimberly, 2010*).

Un travail récent passant en revue les études mesurant, aux USA, l'impact nutritionnel des marchés fermiers a montré que leur présence favorisait la consommation de fruits et légumes (*McCormack et al., 2010*). Cependant, les études incluses dans la revue ont évalué l'impact des marchés sur la consommation de fruits et légumes de participants impliqués dans des programmes avec incitations financières.

Certaines interventions ciblées vers les quartiers défavorisés ont visé à modifier l'environnement : en modifiant l'offre alimentaire par l'introduction de marchés (*McCormack et al., 2010*) ou de supermarchés (*Cummins et al., 2005*). Toutefois ces études ne permettent pas d'aboutir à des résultats concluants, l'évaluation s'étant faite sans groupe témoin ou portant sur un nombre de personnes trop restreint.

Le développement de jardins communautaires semble également avoir le potentiel d'augmenter la consommation de fruits et légumes (*Alaimo et al., 2008*) et peut

augmenter l'intérêt des jeunes à goûter des fruits et des légumes (*Robinson-O'Brien et al., 2009*).

En France, seule une étude (*Casey et al., 2012*) s'est intéressée aux relations entre l'environnement alimentaire au sens géographique et les comportements alimentaires. Dans ce travail, aucune association n'a été documentée après ajustement au niveau individuel entre l'accessibilité spatiale aux boulangeries, aux magasins d'approvisionnement alimentaire et aux restaurants fast-foods et la consommation de fruits et légumes, la consommation de frites et de chips, le fait de grignoter en regardant la télévision et l'utilisation de sodas plutôt que d'eau comme boisson la plus fréquente (*INSERM, 2013*).

10.3. Actions

- Favoriser l'implantation de marchés dans des zones défavorisées par une politique d'exonération des droits payés par les vendeurs de produits alimentaires pour les emplacements et en apportant une aide matérielle pour faciliter leur installation (prime ou fourniture de l'équipement)... Les marchés devront nécessairement comprendre au moins un emplacement fruits et légumes. Les communes pourront choisir de soutenir les circuits courts. Les lieux d'implantation seront discutés par les communes avec les habitants et les emplois créés pourront s'inscrire dans les politiques d'aide au retour à l'emploi.
- Favoriser, par des soutiens fiscaux (subventions, déductions fiscales, réduction des charges...), l'implantation dans les zones urbaines sensibles de chaînes de supermarchés de proximité s'engageant au travers de la signature de chartes (type chartes d'engagement de progrès nutritionnel) à fournir un pourcentage (à définir) de leur offre alimentaire favorable sur le plan nutritionnel ainsi qu'une politique de placement des aliments en linéaire et en tête de gondole favorisant la promotion des aliments de bonne qualité nutritionnelle (et à un coût raisonnable).
- Favoriser l'implantation de jardins communautaires au niveau des communes par la mise à disposition de terrains communaux à des associations d'aide aux personnes en difficultés pour développer des jardins communautaires dédiés à la culture des fruits et légumes sous réserve que l'entretien soit assuré par les bénéficiaires.

Mesure n°11

Interdire les promotions au volume pour des aliments et boissons dont la qualité nutritionnelle est considérée comme défavorable à la santé

11.1. Objectifs

Eviter la promotion des aliments dont la qualité nutritionnelle n'est pas favorable au travers d'une attractivité économique.

11.2. Actions

Interdire pour tous les aliments dont le score nutritionnel amène à une interdiction pour la publicité télévisuelle (mesure n°3) toute forme de promotion au volume : service à volonté pour le prix d'achat d'une boisson sucrée (free refill), deux items pour le prix d'un, 20 % de plus pour le même prix... Ces promotions seront permises pour tous les autres produits alimentaires autorisés à la publicité.

Ce cadre s'appliquera aux « Happy Hours pour les boissons alcoolisées » qui seront interdites avec la possibilité de les remplacer, sur le même principe par la promotion des aliments et boissons considérés comme ayant une qualité nutritionnelle favorable à la santé (produits autorisés à la publicité).

Mesure n°12

Dans le cadre de la réforme des rythmes scolaires, utiliser le temps périscolaire pour faire faire de l'activité physique, promouvoir l'éveil au goût et éduquer à la lecture du système d'information nutritionnelle (échelle de qualité nutritionnelle du PNNS)

- Consacrer 50 % des ateliers en temps périscolaire à des activités physiques ludiques diverses dans des cours de récréation ou des lieux adaptés et aménagés, avec du personnel formé : ateliers de sports (tous types), de danse, de jeux (ballon prisonnier...).
- Consacrer 15 à 30 % des ateliers en temps périscolaire à des activités dans le champ alimentaire : éveil au goût, écoute des sensations, éducation alimentaire, connaissance du système d'information nutritionnelle.

Mesure n°13

Promouvoir la diversité de l'image du corps (interdiction des retouches de photo dans les magazines et journaux et de faire défiler des mannequins avec IMC < 19) et donner un cadre juridique de protection des personnes obèses (pénalisation de la discrimination)

13.1. Objectifs de la mesure

Contribuer par des mesures réglementaires au débat sociétal pour réduire la pression sociale d'un idéal minceur inaccessible pour de nombreux individus (notamment les adolescentes). Favoriser la représentation dans les médias (notamment destinés aux public jeune) et dans le monde de la mode d'une représentation de l'image du corps plus en phase avec la réalité au niveau de la population notamment des jeunes.

Les actions symboliques proposées sont à rapprocher de la mesure d'interdiction de la publicité faisant la promotion des régimes.

13.2. Actions

- Promouvoir la variabilité des images corporelles dans les photographies de mode et la publicité avec une interdiction des retouches de photos dans les magazines et journaux (notamment destinés à la jeunesse).
- Améliorer le critère de diversité d'image corporelle dans les défilés de mannequins avec l'interdiction de faire défiler des mannequins dont l'Index de Masse Corporelle (IMC) < 19.
- Lutter contre les discriminations des sujets obèses au travers d'un cadre juridique assurant la pénalisation de toute forme de stigmatisation et garantissant la protection des personnes obèses (en terme matériel et professionnel et du traitement dans les médias de l'image des personnes obèses).

Mesure n°14

Campagnes de communication gratuites pour l'INPES sur les chaînes de TV publiques et privées

14.1. Objectif de la mesure

Faire connaître par l'ensemble de la population, notamment les populations défavorisées et les enfants, le système d'information nutritionnelle (échelle de qualité nutritionnelle) au travers de larges campagnes télévisuelle ludiques et pédagogiques répétées dans les 12 mois suivant la mise en place du système

14.2. Action

Exonérer l'INPES du prix d'achat d'espace pour développer 3 campagnes de communication sur le système d'information nutritionnelle (échelle de qualité nutritionnelle) dans l'année de sa mise en place sur les chaînes publiques de télévision publiques et privées, à des tranches horaires de grande écoute.

Mesure n°15

Fournir les moyens aux structures concernées de mettre en place l'évaluation des mesures mises en place et l'atteinte des objectifs du PNNS

15.1. Objectif

Evaluer les mesures mises en place et l'atteinte des objectifs du PNNS. Ainsi il sera possible en fonction des résultats des évaluations de prolonger, faire évoluer, recadrer, voire d'arrêter si besoin une mesure...

15.2. Actions

- Mettre en place les indicateurs pertinents permettant de suivre l'impact des mesures mises en place : indicateurs de processus, efficacité, coût, atteinte des populations cibles, effets inattendus... Ces indicateurs seront définis par un comité de spécialistes.
- Développer des études macro et micro-économiques, des exploitations des données issues de panel de consommateurs, des mesures d'exposition (aux différentes formes de publicité et aux messages nutritionnels), et des évaluations ex-ante des mesures proposées basées sur des simulations pour orienter les politiques publiques.
- Les évaluations pourront se faire au travers d'un renforcement des moyens donné à l'OQALI, l'InVS, l'INPES et l'ANSES et aux équipes de recherche des organismes nationaux de recherche.
- Les moyens nécessaires pourraient être fournis par une partie du revenu de la Taxe nutritionnelle.

Références Bibliographiques

Abrams, B. (1993). Preventing Low-Birth-Weight - Does Wic Work - A Review of Evaluations of the Special Supplemental Food Program for Women, Infants, and Children. *Annals of the New York Academy of Sciences* 678, 306-316.

Academy of Medical Royal Colleges (2013). Measuring up: the medical profession's prescription for the nation's obesity crisis, London: Academy of Medical Royal Colleges.

AFSSA (2009a). Etude individuelle nationale des comportements alimentaires (INCA2) 2006-2007.

AFSSA (2009b). Synthèse de l'Etude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires 2 (INCA 2) 2006-2007, Maison-Alfort: AFSSA. Direction de l'évaluation des risques nutritionnels et sanitaires.

<http://www.anses.fr/sites/default/files/documents/PASER-Sy-INCA2.pdf>

Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (2012). Messages essentiels à destination des professionnels de santé. Risques liés aux pratiques d'amaigrissement reposant sur l'usage de produits de santé :les points à discuter avec vos patients ANSM.

Alaimo, K., Packnett, E., Miles, R. A., & Kruger, D. J. (2008). Fruit and vegetable intake among urban community gardeners. *J Nutr. Educ. Behav.* 40, 94-101, doi:S1499-4046(06)00854-2 [pii];10.1016/j.jneb.2006.12.003 [doi].

Allais, O., Bertail, P., & Nichele, V. (2010). The Effects of A Fat Tax on French Households' Purchases: A Nutritional Approach. *American Journal of Agricultural Economics* 92, 228-245.

Alwan, A., Armstrong, T., Bettcher, D., Branca, F., Chisholm, D., Ezzati, M., Garfield, R., MacLean, D., Mathers, C., Mendis, S., Poznyak, V., Riley, L., Tang, K. C., & Wild, C. (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010, Geneva: World Health Organization.

AMA (2012). American Medical Association Policy Statement.

<http://www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/2012-06-19-ama-adopts-new-policies.page>

ANSES, Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement. Rapport d'expertise collective 2010,

<http://www.anses.fr/sites/default/files/documents/NUT2009sa0099Ra.pdf>

ANSM. Risques liés aux pratiques d'amaigrissement reposant sur l'usage de produits de santé : les points à discuter avec vos patients, 2012

http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/b9244d5dad8889b9927a32adceb0ea27.pdf

Anderson, J. V., Bybee, D. I., Brown, R. M., Mclean, D. F., Garcia, E. M., Breer, M. L., & Schillo, B. A. (2001). 5 A Day fruit and vegetable intervention improves consumption in a low income population. *Journal of the American Dietetic Association* 101, 195-202.

Andreyeva, T., Chaloupka, F. J., & Brownell, K. D. (2011). Estimating the potential of taxes on sugar-sweetened beverages to reduce consumption and generate revenue. *Preventive Medicine* 52, 413-416.

Arambepola, C., Scarborough, P., & Rayner, M. (2008). Validating a nutrient profile model. *Public Health Nutrition* 11, 371-378.

Aune, D., Chan, D. S., Lau, R., Vieira, R., Greenwood, D. C., Kampman, E., & Norat, T. (2011). Dietary fibre, whole grains, and risk of colorectal cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *BMJ* 343, d6617.

Barrett, C. B. (2002). *Handbook of agricultural economics, Volume 2*, edited by B. Gardner & G. Rausser, pp. 2103-2190. Elsevier Science.

Berardi, N., Sevestre, P., Tepaut, M., & Vigneron, A. (2012). The impact of a 'soda tax' on price. Evidence from French micro-data. Document de travail n°415 Banque de France Eurosysteme. Direction générale des études et des relations internationales.

Bibbins-Domingo, K., Chertow, G. M., Coxson, P. G., Moran, A., Lightwood, J. M., Pletcher, M. J., & Goldman, L. (2010). Projected Effect of Dietary Salt Reductions on Future Cardiovascular Disease. *New England Journal of Medicine* 362, 590-599.

Bihan, H., Castetbon, K., Mejean, C., Peneau, S., Pelabon, L., Jellouli, F., Le Clesiau, H., & Hercberg, S. (2010). Sociodemographic Factors and Attitudes toward Food Affordability and Health Are Associated with Fruit and Vegetable Consumption in a Low-income French Population. *Journal of Nutrition* 140, 823-830.

Bihan, H., Mejean, C., Castetbon, K., Faure, H., Ducros, V., Sedeaud, A., Galan, P., Le, C. H., Peneau, S., & Hercberg, S. (2012). Impact of fruit and vegetable vouchers and dietary advice on fruit and vegetable intake in a low-income population. *Eur. J Clin. Nutr.* 66, 369-375, doi:ejcn2011173 [pii];10.1038/ejcn.2011.173 [doi].

Blakely, T., Mhurchu, C. N., Jiang, Y. N., Matoe, L., Funaki-Tahifote, M., Eyles, H. C., Foster, R. H., McKenzie, S., & Rodgers, A. (2011). Do effects of price discounts and nutrition education on food purchases vary by ethnicity, income and education? Results from a randomised, controlled trial. *Journal of Epidemiology and Community Health* 65, 902-908.

Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., Feigl, A. B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A. Z., & Weinstein, C. (2011). The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases, Geneva: World Economic Forum.

Boizot-Szantai, C. & Etile, F. (2011). Taxer les boissons sucrées pour lutter contre l'obésité ? Le point de vue de l'économie. *Obésité* 6, 218-225.

Bolton, R. N. (1983). *Current Issues and Research in Advertising*, edited by J. H. Leigh & C. R. Martin Jr, Washington, D.C.: Office of Child Development (DHEW).

Bonnet, C. & Réquillart, V. (2013). Tax incidence with strategic firms in the soft drink market. *Journal of Public Economics* 106, 77-88.

Boone-Heinonen, J., Casanova, K., Richardson, A. S., & Gordon-Larsen, P. (2010). Where can they play? Outdoor spaces and physical activity among adolescents in US urbanized areas. *Preventive Medicine* 51, 295-298.

Brambila-Macias, J., Shankar, B., Capacci, S., Mazzocchi, M., Perez-Cueto, F. J. A., Verbeke, W., & Trail, W. B. (2011). Policy interventions to promote healthy eating: A review of what works, what does not, and what is promising. *Food and Nutrition Bulletin* 32, 365-375.

Briggs AD, Mytton OT, Kehlbacher A, Tiffin R, Rayner M, Scarborough P. (2013). Overall and income specific effect on prevalence of overweight and obesity of 20% sugar sweetened drink tax in UK: econometric and comparative risk assessment modelling study. *BMJ*. 2013 Oct 31;347:f6189. doi: 10.1136/bmj.f6189.

Briggs, A. D., Mytton, O. T., Madden, D., Shea, O., Rayner, M., & Scarborough, P. (2013). The potential impact on obesity of a 10% tax on sugar-sweetened beverages in Ireland, an effect assessment modelling study. *BMC Public Health* 13, 860, doi:1471-2458-13-860 [pii];10.1186/1471-2458-13-860 [doi].

Brownell, K. D. & Frieden, T. R. (2009). Ounces of Prevention - The Public Policy Case for Taxes on Sugared Beverages. *New England Journal of Medicine* 360, 1805-1808.

Burr, M. L., Trembeth, J., Jones, K. B., Geen, J., Lynch, L. A., & Roberts, Z. E. S. (2007). The effects of dietary advice and vouchers on the intake of fruit and fruit juice by pregnant women in a deprived area: a controlled trial. *Public Health Nutrition* 10, 559-565.

Cabanac, M. (1995). Palatability Vs Money - Experimental-Study of A Conflict of Motivations. *Appetite* 25, 43-49.

Cairns, G., Angus, K., & Hastings, G. (2009). The extent, nature and effects of food promotion to children: a review of the evidence to December 2008. Prepared for the World Health Organization, Geneva: World Health Organization.

Campos, S., Doxey, J., & Hammond, D. (2011). Nutrition labels on pre-packaged foods: a systematic review. *Public Health Nutrition* 14, 1496-1506.

Caraher, M. & Cowburn, G. (2005). Taxing food: implications for public health nutrition. *Public Health Nutrition* 8, 1242-1249.

Casey, R., Chaix, B., Weber, C., Schweitzer, B., Charreire, H., Salze, P., Badariotti, D., Banos, A., Oppert, J. M., & Simon, C. (2012). Spatial accessibility to physical activity facilities and to food outlets and overweight in French youth. *International Journal of Obesity* 36, 914-919.

Castetbon, K., Lafay, L., Volatier, J. L., Delamaire, C., Chauliac, M., Ledésert, B., & Hercberg, S. (2011). Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) : bilan des études et résultats observés. *Cahiers de Diététique et de Nutrition* 46, 11-25.

Castetbon, K., Vernay, M., Malon, A., Salanave, B., Deschamps, V., Roudier, C., Oleko, A., Szego, E., & Hercberg, S. (2009). Dietary intake, physical activity and nutritional status in adults: the French nutrition and health survey (ENNS, 2006-2007). *British Journal of Nutrition* 102, 733-743.

CDC, 2009 . Recommended Community Strategies and Measurements to Prevent Obesity in the United States. Morbidity and Mortality Weekly Report.

CDC (2010). The CDC guide to strategies for reducing consumption of sugar-sweetened beverages California Department of Public Health.

CDC (2011a). Strategies to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases: The CDC Guide to Strategies to Increase Physical Activity in the Community, Atlanta: Department of Health and Human Services.

CDC (2011b). Strategies to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases: The CDC Guide to Strategies to Increase the Consumption of Fruits and Vegetables, Atlanta: Department of Health and Human Services.

CDC (2012). Health and Sustainability Guidelines for Federal Concessions and Vending Operations, Atlanta: Department of Health and Human Services.

Chevreur, K., Durand-Zaleski, I., Gouepo, A., Fery-Lemonnier, E., Hommel, M., & Woimant, F. (2013). Cost of stroke in France. *European Journal of Neurology* 20, 1094-1100.

Chou, S. Y., Rashad, I., & Grossman, M. (2008). Fast-Food Restaurant Advertising on Television and Its Influence on Childhood Obesity. *Journal of Law & Economics* 51, 599-618.

Chouinard, H. H., Davis, D. D., Lafrance, J. T., & Pletcher, M. J. (2007). The effect of a fat tax on dairy products Forum for Health Economics and Policy.

CLCV (2006). Etude relative aux besoins en matière d'étiquetage nutritionnel dans le cadre de la politique nutritionnelle. Convention CLCV/DGAL A 05/08 Consommation Logement et Cadre de Vie.

Cowburn, G. & Stockley, L. (2005). Consumer understanding and use of nutrition labelling: a systematic review. *Public Health Nutrition* 8, 21-28.

Cummins, S., Petticrew, M., Higgins, C., Findlay, A., & Sparks, L. (2005). Large scale food retailing as an intervention for diet and health: quasi-experimental evaluation of a natural experiment. *J Epidemiol. Community Health* 59, 1035-1040, doi:59/12/1035 [pii];10.1136/jech.2004.029843 [doi].

Daniels, M. C. & Popkin, B. M. (2010). Impact of water intake on energy intake and weight status: a systematic review. *Nutrition Reviews* 68, 505-521.

Darmon, N. (2009). We eat food, we need nutrients. Comment on 'The good, the bad, and the ultra-processed' by Carlos Monteiro. *Public Health Nutrition* 12, 1967-1968.

- Darmon, N., Caillavet, F., Joly, C., Maillot, M., & Drewnowski, A. (2009). Low-cost foods: how do they compare with their brand name equivalents? A French study. *Public Health Nutrition 12*, 808-815.
- Darmon, N., Lacroix, A., Muller, L., & Ruffieux, B. (2011). Experimental economics shows how food price policies may improve diet while increasing socioeconomic inequalities in nutrition. *Working paper GAEL 5*.
- Dennis, E. A., Dengo, A. L., Comber, D. L., Flack, K. D., Savla, J., Davy, K. P., & Davy, B. M. (2010). Water Consumption Increases Weight Loss During a Hypocaloric Diet Intervention in Middle-aged and Older Adults. *Obesity 18*, 300-307.
- Department of Health, HM Government. (2012). Healthy Lives, Healthy People: A call to action on obesity in England
- Dhar, T. & Baylis, K. (2011). Fast-Food Consumption and the Ban on Advertising Targeting Children: The Quebec Experience. *Journal of Marketing Research 48*, 799-813.
- Dong, D. & Lin, B. H. (2009). Fruit and vegetable consumption by low-income Americans: would a price reduction make a difference?, Washington, D.C.: US Department of Agriculture, Economic Research Service.
- DREES (2011). L'état de santé de la population en France- Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011, Paris: Direction des études de l'évaluation et des statistiques (DRESS) - Collection Etudes et Statistiques.
- Drewnowski, A. (2004). Obesity and the food environment - Dietary energy density and diet costs. *American Journal of Preventive Medicine 27*, 154-162.
- Drewnowski, A. & Fulgoni, V. (2008). Nutrient profiling of foods: creating a nutrient-rich food index. *Nutrition Reviews 66*, 23-39.
- Durand, C. P., Andalib, M., Dunton, G. F., Wolch, J., & Pentz, M. A. (2011). A systematic review of built environment factors related to physical activity and obesity risk: implications for smart growth urban planning. *Obesity Reviews 12*, e173-e182.
- Eatwell Project (2012). Effectiveness of Policy Interventions to Promote Healthy Eating and Recommendations for Future Action: Evidence from the EATWELL Project. Deliverable 5.1, Reading, U.K.: Eatwell Project.
- Eckel, R. H., Borra, S., Lichtenstein, A. H., & Yin-Piazza, S. Y. (2007). Understanding the complexity of trans fatty acid reduction in the American diet - American heart association trans fat conference 2006 - Report of the trans fat conference planning group. *Circulation 115*, 2231-2246.
- Effertz, T. & Wilcke, A. C. (2012). Do television food commercials target children in Germany? *Public Health Nutrition 15*, 1466-1473.
- EFSA (2010). Scientific opinion on Dietary Reference Values for carbohydrates and dietary fibers. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA), Parma, Italy: European Food Safety Authority (EFSA).

Engelhard, C., Garson, A., & Dorn, S. (2009). Reducing Obesity: Policy Strategies from the Tobacco Wars Urban Institute.

EPHA (2012). Food taxation in Europe: evolution of the legislation.:
<http://www.eph.org/spip.php?article4814>

Epstein, L. H., Jankowiak, N., Nederkoorn, C., Raynor, H. A., French, S. A., & Finkelstein, E. (2012). Experimental research on the relation between food price changes and food-purchasing patterns: a targeted review. *American Journal of Clinical Nutrition* 95, 789-809.

Etile, F. (2013). *Obésité, Santé Publique et populisme alimentaire*. Rue d'Ulm Paris: Presses de l'Ecole Normale Supérieure.

Etude NutriNet-santé (2010). Résultat sur le sel. Conférence de presse.
http://media.etude-nutrinet-sante.fr/download/dossier_presse_nutrinet_22_11_10.pdf

Etude NutriNet-santé, (2012). Résultats sur les apports de fibres. Conférence de presse.
http://media.etude-nutrinet-sante.fr/media/resultats_nutrinet_22_11_12.pdf)

EUFIC (2006). An energy-based approach to nutrition information on food labels European Food Information Council Forum n°6.

European Food Information Council (EUFIC) (2012). EU Projet supplements 03/2012: New insights in nutrition labelling in Europe European Food Information Council (EUFIC). <http://www.eufic.org/article/en/page/FTARCHIVE/artid/New-insights-into-nutrition-labelling-in-Europe>

European Heart Network (2011). Diet, physical activity and cardiovascular disease prevention in Europe, Brussels: European Heart Network.

Eyles, H., Mhurchu, C. N., Nghiem, N., & Blakely, T. (2012). Food Pricing Strategies, Population Diets, and Non-Communicable Disease: A Systematic Review of Simulation Studies. *Plos Medicine* 9.

Fagot-Campagna, A., Romon, I., Fosse, S., & Roudier, C. (2010). Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France - synthèse épidémiologique Institut de Veille Sanitaire - Département des maladies chroniques et traumatismes.

Ferguson, N. S., Lamb, K. E., Wang, Y., Ogilvie, D., & Ellaway, A. (2013). Access to Recreational Physical Activities by Car and Bus: An Assessment of Socio-Spatial Inequalities in Mainland Scotland. *Plos One* 8.

Finkelstein, E. A., Ruhm, C. J., & Kosa, K. M. (2005). *Economic causes and consequences of obesity*. PALO ALTO: ANNUAL REVIEWS.

Finkelstein, E. A., Zhen, C., Bilger, M., Nonnemaker, J., Farooqui, A. M., & Todd, J. E. (2013). Implications of a sugar-sweetened beverage (SSB) tax when substitutions to non-beverage items are considered. *J Health Econ*. 32, 219-239, doi:S0167-6296(12)00166-X [pii];10.1016/j.jhealeco.2012.10.005 [doi].

Food Standard Agency, Welsh Government, Scottish Government, & Department of Health (2013). Front of Package Nutrition Labelling: Joint response to consultation.

French, S. A. (2003). Pricing effects on food choices. *Journal of Nutrition* 133, 841S-843S.

French, S. A., Jeffery, R. W., Story, M., Breitlow, K. K., Baxter, J. S., Hannan, P., & Snyder, M. P. (2001). Pricing and promotion effects on low-fat vending snack purchases: The CHIPS study. *American Journal of Public Health* 91, 112-117.

French, S. A., Jeffery, R. W., Story, M., Hannan, P., & Snyder, M. P. (1997). A pricing strategy to promote low-fat snack choices through vending machines. *American Journal of Public Health* 87, 849-851.

Friant-Perrot, M. & Garde, A. (2011). La publicité alimentaire et la lutte contre l'obésité infantile en droit français et en droit anglais. *Petites Affiches - La Loi - Le quotidien juridique* 199, 27-39.

Galbraith-Emami, S. & Lobstein, T. (2013). The impact of initiatives to limit the advertising of food and beverage products to children: a systematic review. *Obes. Rev.*, doi:10.1111/obr.12060 [doi].

Gill, T., King, L., Vita, P., Caterson, I., Colagiuri, S., Colagiuri, R., Hebden, L., Boylan, S., Hector, D., Khambalia, A., Dickinson, S., & Gomez, M. (2010). A 'state of the knowledge' assessment of comprehensive interventions that address the drivers of obesity. A Rapid Assessment Prepared for the National Health and Medical Research Council (NHMRC), Sydney: The Boden Institute of Obesity, Nutrition, Exercise and Eating Disorders, University of Sydney.

Giorda, C. B., Manicardi, V., & Cabezudo, J. D. (2011). The impact of diabetes mellitus on healthcare costs in Italy. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research* 11, 709-719.

Glanz, K., Basil, M., Maibach, E., Goldberg, J., & Snyder, D. (1998). Why Americans eat what they do: Taste, nutrition, cost, convenience, and weight control concerns as influences on food consumption. *Journal of the American Dietetic Association* 98, 1118-1126.

Golan, E., Kuchler, F., & Krissof, B. (2007). Do food labels make a difference?...Sometimes. *Amber Waves* 5, 10-17.

Goldberg, M. E. (1990). A Quasi-Experiment Assessing the Effectiveness of Tv-Advertising Directed to Children. *Journal of Marketing Research* 27, 445-454.

Gordon-Larsen, P., Nelson, M. C., Page, P., & Popkin, B. M. (2006). Inequality in the built environment underlies key health disparities in physical activity and obesity. *Pediatrics* 117, 417-424.

Government Office for Science, F. (2007). Tackling obesities: Future choices - Project report. 2nd editon Department of Innovation Universities and Skills.

Grange, D., Castetbon, K., Guibert, G., Vernay, M., Escalon, H., Delannoy, A., Féron, V., & Vincelet, C. (2013). Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire - Etude ABENA 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005 Observatoire

régional de la santé Ile de France - Institut de Veille Sanitaire - Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.

Green, R., Cornelsen, L., Dangour, A. D., Turner, R., Shankar, B., Mazzocchi, M., & Smith, R. D. (2013). The effect of rising food prices on food consumption: systematic review with meta-regression. *Bmj-British Medical Journal* 346.

Griffith, R., Nesheim, L., & O'Connell, M. (2008). Empirical estimates of the impact of a fat tax, London, UK: Working paper series. Institute for Fiscal Studies.

Groupe de travail "Evaluation des risques liés à la pratique de régimes à visée amaigrissante" & Comité d'experts spécialisés "Nutrition Humaine" (2010). Evaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement. Rapport d'expertise collective, Maisons-Alfort: Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES).

Grunert, K. & Wills, J. (2007). A review of European research on consumer response to nutrition information on food labels. *J Public Health* 15, 385-399.

Handsley, E., Nehmy, C. S., Mehta, K. P., & Coveney, J. D. (2007). Media, public health and law: a lawyer's primer on the food advertising debate. *Media and Arts Law Review* 12, 1-20.

HAS (2006). Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose - Note de synthèse Haute Autorité de Santé.

Hastings, G., Stead, M., McDermott, L., Forsyth, A., MacKintosh, A. M., Rayner, M., Godfrey, C., Caraher, M., & Angus, K. (2003). Review of research on the effects of food promotion to children. Final report. Prepared for the Food Standard Agency, Glasgow: Center for Social Marketing. University of Strathclyde.

Haut Conseil de la Santé Publique (2009). Principales recommandations et propositions en vue de la prochaine loi pour une politique de santé publique, Paris: Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP).

Haute Autorité de Santé (2011). Surpoids et obésité : repérer plus tôt et mieux prendre en charge HAS. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1102600/surpoids-et-obesite-reperer-plus-tot-et-mieux-prendre-en-charge

Hawe, P. & Potvin, L. (2009). What Is Population Health Intervention Research? *Canadian Journal of Public Health-Revue Canadienne de Sante Publique* 100, 18-114.

Hawley, K. L., Roberto, C. A., Bragg, M. A., Liu, P. J., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2013). The science on front-of-package food labels. *Public Health Nutrition* 16, 430-439.

Héran, F. (2012). Rapport Final pour la recherche intitulé: Vélo et politique globale de déplacements durables, Lille: Programme National de Recherche et d'Innovation dans les Transports Terrestres (PREDIT). Groupe opérationnel n°1: mobilités, territoires et développement durable.

Hercberg, S. (2011). Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) : un vrai programme de santé publique. *Cahiers de Diététique et de Nutrition* 46, 5-10.

Herman, D. R., Harrison, G. G., Afifi, A. A., & Jenks, E. (2008). Effect of a targeted subsidy on intake of fruits and vegetables among low-income women in the special supplemental nutrition program for women, infants, and children. *American Journal of Public Health* 98, 98-105.

Hernandez, D. B., Bernales-Korins, M., Ang, Y. H., Kolbe, L., Ochner, C. N., & Geliebter, A. (2011). Subsidization of Fruits and Vegetables in Two Urban Supermarkets Leads to Increases in Purchasing and Intake of Fruits and Vegetables, as Well as Weight Loss. *Obesity* 19, S127.

Holt, E. (2011). Hungary to introduce broad range of fat taxes. *Lancet* 378, 755.

Homer, J. B. & Hirsch, G. B. (2006). System dynamics modeling for public health: Background and opportunities. *American Journal of Public Health* 96, 452-458.

Humphreys, G. & Fiankan-Bokonga, C. (2013). Europe's visible epidemic. *Bulletin of the World Health Organization* 91, 549-550.

INBP (2011). Les Nouvelles de la Boulangerie et de la Pâtisserie. Supplément Technique n°95, www.cannelle.com

INCa, La situation du cancer en France en 2012., Collection état des lieux et des connaissances, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, décembre 2012

INPES (2010). Réduire les inégalités sociales de santé Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.

INSERM (2013). Inégalités sociales de santé - Expertise collective INSERM Centre d'expertise collective ITMO Santé Publique - Aviesan.

Institute of Medicine (2002). Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids, Washington, D.C.: The National Academies Press.

Institute of Medicine (2005). *Preventing Childhood Obesity: Health in the Balance*. Washington, D.C.: The National Academies Press.

Institute of Medicine (2006a). *Dietary Reference Intakes: The Essential Guide to Nutrient Requirements*. Washington, D.C.: The National Academies Press.

Institute of Medicine (2006b). *Food Marketing to Children and Youth: Threat or Opportunity?* The National Academies Press.

Institute of Medicine (2007a). *Nutrition Standards for Foods in Schools: Leading the Way Toward Healthier Youth*, Washington, D.C.: The National Academies Press.

Institute of Medicine (2007b). *Progress in Preventing Childhood Obesity: How Do We Measure Up?* Washington, D.C.: The National Academies Press.

Institute of Medicine (2009). *Local Government Actions to Prevent Childhood Obesity*. Washington, D.C.: The National Academies Press.

Institute of Medicine (2010). *Strategies to Reduce Sodium Intake in the United States*. Washington, D.C.: The National Academies Press.

Institute of Medicine (2011). *Hunger and Obesity: Understanding a Food Insecurity Paradigm: Workshop Summary*. Washington, D.C.: The National Academies Press.

Institute of Medicine (2012). *Front-of-Package Nutrition Rating Systems and Symbols: Promoting Healthier Choices*, Washington, D.C.: The National Academies Press.

Institute of Medicine (2013). *Challenges and Opportunities for change in food marketing to children and youth*, Washington, D.C.: The National Academies Press.

Institute of Medicine & In (2012). *Accelerating Progress in Obesity Prevention: Solving the Weight of the Nation*, Washington, D.C.: The National Academies Press.

Jenkin, G., Wilson, N., & Hermanson, N. (2009). Identifying 'unhealthy' food advertising on television: a case study applying the UK Nutrient Profile model. *Public Health Nutrition* 12, 614-623.

Jensen, J. D., Hartmann, H., de Mul, A., Schuit, A., & Brug, J. (2011). Economic incentives and nutritional behavior of children in the school setting: A systematic review. *Nutrition Reviews* 69, 660-674.

Jensen, J. D. & Smed, S. (2013). The Danish tax on saturated fat: Short run effects on consumption, substitution patterns and consumer prices of fats. *Food Policy* 42, 18-31.

Jewell, J., Hawkes, C., & Allen, K. (2013). *Law and Obesity prevention: Addressing some key questions for the public health community* WCRF International.

Jones, R. & Smith, F. (2007). Fighting disease with fruit. *Aust. Fam. Physician* 36, 863-864.

Kantar Media (2012). *Les plus de la TV*. <http://fr.slideshare.net/fbrahimi/2012-13guidesnptv-18049999>

Kelly, B., Bochynska, K., Kornman, K., & Chapman, K. (2008). Internet food marketing on popular children's websites and food product websites in Australia. *Public Health Nutrition* 11, 1180-1187.

Kelly, B. & Chapman, K. (2007). Food references and marketing to children in Australian magazines: a content analysis. *Health Promotion International* 22, 284-291.

Kelly, B., Halford, J. C. G., Boyland, E. J., Chapman, K., Bautista-Castano, I., Berg, C., Caroli, M., Cook, B., Coutinho, J. G., Effertz, T., Grammatikaki, E., Keller, K., Leung, R., Manios, Y., Monteiro, R., Pedley, C., Prell, H., Raine, K., Recine, E., Serra-Majem, L., Singh, S., & Summerbell, C. (2010). *Television Food Advertising to Children: A Global Perspective*. *American Journal of Public Health* 100, 1730-1736.

Kelly, B., Hughes, C., Chapman, K., Louie, J. C. Y., Dixon, H., Crawford, J., King, L., Daube, M., & Slevin, T. (2009). Consumer testing of the acceptability and effectiveness of front-of-pack food labelling systems for the Australian grocery market. *Health Promotion International* 24, 120-129.

Kent, M. P., Dubois, L., & Wanless, A. (2011). Self-regulation by industry of food marketing is having little impact during children's preferred television. *International Journal of Pediatric Obesity* 6, 401-408.

Khan, L. K., Sobush, K., Keener, D., Goodman, K., Lowry, A., Kakietek, J., & Zaro, S. (2009). Recommended community strategies and measurements to prevent obesity in the United States. *MMWR Recomm. Rep.* 58, 1-26, doi:rr5807a1 [pii].

King, L., Hebden, L., Grunseit, A., Kelly, B., & Chapman, K. (2013). Building the case for independent monitoring of food advertising on Australian television. *Public Health Nutr.* 16, 2249-2254, doi:S1368980012004429 [pii];10.1017/S1368980012004429 [doi].

Kotakorpi, K., Härkänen, T., Pietinen, P., Reinivuo, H., Suoniemi, I., & Pirttila, J. (2011). The welfare effects of health-based food tax policy. CESinfo Working Paper Series n°3633.

Leicester, A. & Windmeijer, F. (2004). The 'Fat Tax': economic incentives to reduce obesity Institute for Fiscal Studies.

Lentz, E. C. & Barrett, C. B. (2013). The economics and nutritional impacts of food assistance policies and programs. *Food Policy* 42, 151-163.

Levy, D. T., Mabry, P. L., Wang, Y. C., Gortmaker, S., Huang, T. T. K., Marsh, T., Moodie, M., & Swinburn, B. (2011). Simulation models of obesity: a review of the literature and implications for research and policy. *Obesity Reviews* 12, 378-394.

Lin, B. H., Smith, T. A., Lee, J. Y., & Hall, K. D. (2011). Measuring weight outcomes for obesity intervention strategies: The case of a sugar-sweetened beverage tax. *Economics & Human Biology* 9, 329-341.

Liu, S., Willett, W. C., Manson, J. E., Hu, F. B., Rosner, B., & Colditz, G. (2003). Relation between changes in intakes of dietary fiber and grain products and changes in weight and development of obesity among middle-aged women. *Am. J Clin. Nutr.* 78, 920-927.

Livingstone, S. & Helsper, E. (2004). *Advertising HFSS foods to children: Understanding promotion in the context of children's everyday lives.* edited by OfCom.

Lo, Y. T., Chang, Y. H., Lee, M. S., & Wahlqvist, M. L. (2009). Health and nutrition economics: diet costs are associated with diet quality. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition* 18, 598-604.

Lobstein, T. & Davies, S. (2009). Defining and labelling 'healthy' and 'unhealthy' food. *Public Health Nutrition* 12, 331-340.

Louie, J. C., Flood, V., Rangan, A., Hector, D. J., & Gill, T. (2008). A comparison of two nutrition signposting systems for use in Australia. *N. S. W. Public Health Bull.* 19, 121-126, doi:NB07118 [pii].

Lyons, R., Raine, K., Reading, J., & Tremblay, M. (2010). Obésité au Canada. Rapport conjoint de l'Agence de la Santé Publique du Canada et de l'Institut Canadien d'Information sur la Santé Initiative sur la santé de la population (ISPC). Agence de Santé Publique du Canada (ASPC).

- Maillot, M., Darmon, N., Vieux, F., & Drewnowski, A. (2007). Low energy density and high nutritional quality are each associated with higher diet costs in French adults. *American Journal of Clinical Nutrition* 86, 690-696.
- Maravic, M., Jouaneton, B., Vainchtock, A., & Tochon, V. (2012). Economic burden of osteoporosis in women: data from the 2008 French hospital database (PMSI). *Clinical and Experimental Rheumatology* 30, 222-227.
- Marmot, M. (2010). Fair Society, Healthy Lives - The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post 2010.
- Marshall, T. (2000). Exploring a fiscal food policy: the case of diet and ischaemic heart disease. *British Medical Journal* 320, 301-304.
- McClure, A. C., Tanski, S. E., Gilbert-Diamond, D., Adachi-Mejia, A. M., Li, Z., Li, Z., & Sargent, J. D. (2013). Receptivity to television fast-food restaurant marketing and obesity among u.s. Youth. *Am. J Prev. Med* 45, 560-568, doi:S0749-3797(13)00429-7 [pii];10.1016/j.amepre.2013.06.011 [doi].
- McCormack, L. A., Laska, M. N., Larson, N. I., & Story, M. (2010). Review of the nutritional implications of farmers' markets and community gardens: a call for evaluation and research efforts. *J Am. Diet Assoc.* 110, 399-408, doi:S0002-8223(09)01957-9 [pii];10.1016/j.jada.2009.11.023 [doi].
- Mejean, C., Macouillard, P., Peneau, S., Hercberg, S., & Castetbon, K. (2013). Perception of front-of-pack labels according to social characteristics, nutritional knowledge and food purchasing habits. *Public Health Nutrition* 16, 392-402.
- Meyer, K. A., Kushi, L. H., Jacobs, D. R., Jr., Slavin, J., Sellers, T. A., & Folsom, A. R. (2000). Carbohydrates, dietary fiber, and incident type 2 diabetes in older women. *Am. J Clin. Nutr.* 71, 921-930.
- Meyerhoefer, C. D. & Yang, M. Z. (2011). The Relationship between Food Assistance and Health: A Review of the Literature and Empirical Strategies for Identifying Program Effects. *Applied Economic Perspectives and Policy* 33, 304-344.
- Miao, Z., Beghin, J. C., & Jensen, H. H. (2012). Taxing Sweets: Sweetener Input Tax Or Final Consumption Tax? *Contemporary Economic Policy* 30, 344-361.
- Michimi, A. & Wimberly, M. C. (2010). Associations of supermarket accessibility with obesity and fruit and vegetable consumption in the conterminous United States. *Int. J Health Geogr.* 9, 49, doi:1476-072X-9-49 [pii];10.1186/1476-072X-9-49 [doi].
- Morestin, F., Hogue, M. C., Jacques, M., & Benoit, F. (2011). Public policies on nutrition labelling: Effects and implementation issues - a knowledge synthesis, Québec: National Collaborating Center for Healthy Public Policy.
- Muckelbauer, R., Libuda, L., Clausen, K., Toschke, A. M., Reinehr, T., & Kersting, M. (2009). Promotion and Provision of Drinking Water in Schools for Overweight Prevention: Randomized, Controlled Cluster Trial. *Pediatrics* 123, E661-E667.

Mwatsama, M. (2013). The International Association for the Study of Obesity (IASO), May 2013 Statement to the 66th World Health Assembly The International Association for the Study of Obesity (IASO).

Mytton, O. T., Clarke, D., & Rayner, M. (2012). Taxing unhealthy food and drinks to improve health. *British Medical Journal* 344.

National Association of Local Boards of Health (2010). Position Statement: nutrition, physical activity and obesity, Washington, D.C.: National Association of Local Boards of Health.

Nestle, M. (2012). Fighting the flab means fighting the makers of fatty foods.

New Zealand front of pack labelling advisory group (2012). Final Report to the Minister for Food Safety.

Ni Mhurchu, C., Blakely, T., Jiang, Y. N., Eyles, H. C., & Rodgers, A. (2010). Effects of price discounts and tailored nutrition education on supermarket purchases: a randomized controlled trial. *American Journal of Clinical Nutrition* 91, 736-747.

Nnoaham, K. E., Sacks, G., Rayner, M., Mytton, O., & Gray, A. (2009). Modelling income group differences in the health and economic impacts of targeted food taxes and subsidies. *International Journal of Epidemiology* 38, 1324-1333.

Nordstrom, J. & Thunstrom, L. (2009). The impact of tax reforms designed to encourage healthier grain consumption. *Journal of Health Economics* 28, 622-634.

Nordstrom, J. & Thunstrom, L. (2011). Can targeted food taxes and subsidies improve the diet? Distributional effects among income groups. *Food Policy* 36, 259-271.

Observatoire sociétal des cancers (2012). Rapport 2012 La ligue contre le cancer.

OECD (2011). Education at a glance - OECD indicators OECD Publishings.

OfCom (2004). Childhood obesity - Food advertising in context. Children's food choices, parents' understanding, and influence and the role of food promotion. Office of Communication (OfCom).

OfCom (2010). HFSS advertising restrictions. Final review Office for Communication (OfCom).

Oldridge, N. B. (2008). Economic burden of physical inactivity: healthcare costs associated with cardiovascular disease. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 15, 130-139.

OQALI (2013). Etude d'impact des chartes d'engagements de progrès nutritionnel sur le volume des nutriments mis sur le marché - Etude actualisée OQALI.

ouvrage collectif édité par l'Inca (2012). *La situation du cancer en France en 2012*. Boulogne-Billancourt: Institut National du Cancer.

Pereira, M. A., O'Reilly, E., Augustsson, K., Fraser, G. E., Goldbourt, U., Heitmann, B. L., Hallmans, G., Knekt, P., Liu, S., Pietinen, P., Spiegelman, D., Stevens, J., Virtamo, J., Willett,

- W. C., & Ascherio, A. (2004). Dietary fiber and risk of coronary heart disease: a pooled analysis of cohort studies. *Arch. Intern. Med* 164, 370-376, doi:10.1001/archinte.164.4.370 [doi];164/4/370 [pii].
- Persson, M., Soroko, R., Musicus, A., & Lobstein, T. (2012). A junk-free childhood 2012. The 2012 report of the StanMark project on standards for marketing food and beverages to children in Europe IASO.
- Pouchieu, C., Andreeva, V. A., Peneau, S., Kesse-Guyot, E., Lassale, C., Hercberg, S., & Touvier, M. (2013). Sociodemographic, lifestyle and dietary correlates of dietary supplement use in a large sample of French adults: results from the NutriNet-Sante cohort study. *Br. J Nutr.* 110, 1480-1491, doi:S0007114513000615 [pii];10.1017/S0007114513000615 [doi].
- Powell, L. M. & Chaloupka, F. J. (2009). Food Prices and Obesity: Evidence and Policy Implications for Taxes and Subsidies. *Milbank Quarterly* 87, 229-257.
- Praznoczy, C. (2012). Les bénéfiques et les risques de la pratique du vélo - Evaluation en Ile-de-France, Paris: Observatoire Régional de la Santé Ile de France.
- Public Health Evaluation and Impact Assessment Consortium (PHEIC) (2013). Evaluation of the implementation of the Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity related health issues. Final Report PHEIC.
- Rayner, M., Scarborough, P., & Lobstein, T. (2009). The UK Ofcom Nutrient Profiling Model - Defining 'healthy' and 'unhealthy' food and drinks for TV advertising to children.
- Rissel, C., Curac, N., Greenaway, M., & Bauman, A. (2012). Physical Activity Associated with Public Transport Use-A Review and Modelling of Potential Benefits. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 9, 2454-2478.
- Robinson-O'Brien, R., Story, M., & Heim, S. (2009). Impact of garden-based youth nutrition intervention programs: a review. *J Am. Diet Assoc.* 109, 273-280, doi:S0002-8223(08)02044-0 [pii];10.1016/j.jada.2008.10.051 [doi].
- Romero-Fernandez, M. M., Royo-Bordonada, M. A., & Rodriguez-Artalejo, F. (2010). Compliance with self-regulation of television food and beverage advertising aimed at children in Spain. *Public Health Nutrition* 13, 1013-1021.
- Ruffieux, B. & Muller, L. (2011). Etude sur l'influence de divers systèmes d'étiquetage nutritionnel sur la composition du panier d'achat alimentaire Association Française d'Economie Expérimentale - Research paper n°2011-01.
- Sacks, G., Rayner, M., & Swinburn, B. (2009). Impact of front-of-pack 'traffic-light' nutrition labelling on consumer food purchases in the UK. *Health Promotion International* 24, 344-352.
- Sallis, J. F. & Glanz, K. (2009). Physical Activity and Food Environments: Solutions to the Obesity Epidemic. *Milbank Quarterly* 87, 123-154.

Sallis, J. F., Slymen, D. J., Conway, T. L., Frank, L. D., Saelens, B. E., Cain, K., & Chapman, J. E. (2011). Income disparities in perceived neighborhood built and social environment attributes. *Health & Place* 17, 1274-1283.

Santos, M. P., Page, A. S., Cooper, A. R., Ribeiro, J. C., & Mota, J. (2009). Perceptions of the built environment in relation to physical activity in Portuguese adolescents. *Health & Place* 15, 548-552.

Scarborough, P., Bhatnagar, P., Wickramasinghe, K. K., Allender, S., Foster, C., & Rayner, M. (2011). The economic burden of ill health due to diet, physical inactivity, smoking, alcohol and obesity in the UK: an update to 2006-07 NHS costs. *Journal of Public Health* 33, 527-535.

Seymour, J. D., Yaroch, A. L., Serdula, M., Blanck, H. M., & Khan, L. K. (2004). Impact of nutrition environmental interventions on point-of-purchase behavior in adults: a review. *Preventive Medicine* 39, S108-S136.

SFSP (2010). Propositions pour le PNNS 2011-2015 des Sociétés Savantes et d'Experts en Nutrition. Rapport réalisé par la Société Française de Santé Publique Société Française de Santé Publique.

Smed, S., Jensen, J. D., & Denver, S. (2007). Socio-economic characteristics and the effect of taxation as a health policy instrument. *Food Policy* 32, 624-639.

Stookey, J. D., Constant, F., Gardner, C. D., & Popkin, B. M. (2007). Replacing sweetened caloric beverages with drinking water is associated with lower energy intake. *Obesity* 15, 3013-3022.

Stookey, J. D., Constant, F., Popkin, B. M., & Gardner, C. D. (2008). Drinking Water Is Associated With Weight Loss in Overweight Dieting Women Independent of Diet and Activity. *Obesity* 16, 2481-2488.

Story, M., Kaphingst, K. M., Robinson-O'Brien, R., & Glanz, K. (2008). *Creating healthy food and eating environments: Policy and environmental approaches*.

Streppel, M. T., Ocke, M. C., Boshuizen, H. C., Kok, F. J., & Kromhout, D. (2008). Dietary fiber intake in relation to coronary heart disease and all-cause mortality over 40 y: the Zutphen Study. *Am. J Clin. Nutr.* 88, 1119-1125, doi:88/4/1119 [pii].

Tarride, J. E., Hopkins, R. B., Leslie, W. D., Morin, S., Adachi, J. D., Papaioannou, A., Bessette, L., Brown, J. P., & Goeree, R. (2012). The burden of illness of osteoporosis in Canada. *Osteoporosis International* 23, 2591-2600.

Taylor, R. W., McAuley, K. A., Barbezat, W., Farmer, V. L., Williams, S. M., & Mann, J. I. (2008). Two-year follow-up of an obesity prevention initiative in children: the APPLE project. *American Journal of Clinical Nutrition* 88, 1371-1377.

Thow, A. M., Jan, S., Leeder, S., & Swinburn, B. (2010). The effect of fiscal policy on diet, obesity and chronic disease: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization* 88, 609-614.

Thow, A. M., Qusted, C., Juventin, L., Kun, R., Khan, A. N., & Swinburn, B. (2011). Taxing soft drinks in the Pacific: implementation lessons for improving health. *Health Promotion International* 26, 55-64.

Tiffin, R. & Arnoult, M. (2011). The public health impacts of a fat tax. *European Journal of Clinical Nutrition* 65, 427-433.

Tripp, A. S., Henderson, K. E., & Andreyeva, T. Purchases of WIC and SNAP Recipients Quantifying the Effect of a Prescriptive Program Designed, paper presented at the joint AAEEA/EAAE conference on "Food Environment: The Effects of Context on Food Choice", Boston, U.S.A., May 30-31, 2012.

UFC que choisir (2010). Marketing télévisé pour les produits alimentaires à destination des enfants: Analyse des engagements des professionnels et impact sur les comportements alimentaires.

UNESCO (2010). Decision 5.COM 6.14. Convention pour la sauvegarde du patrimoine culturel immatériel - Comité intergouvernemental de sauvegarde du patrimoine culturel immatériel - 5eme session Nairobi, Kenya UNESCO.

Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen) (2007). Etude nationale nutrition sante (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS) Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers.
http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3481

United Nations (2011). Prevention and control of non-communicable diseases - Report of the Secretary General. A/66/83.

USDA (2009). How WIC helps.

<http://www.fns.usda.gov/wic/aboutwic/howwichelps.htm#diet%20outcomes>

van 't Riet, J. (2013). Sales effects of product health information at points of purchase: a systematic review. *Public Health Nutrition* 16, 418-429.

Victora, C. G., Habicht, J. P., & Bryce, J. (2004). Evidence-based public health: Moving beyond randomized trials. *American Journal of Public Health* 94, 400-405.

Vyth, E. L., Steenhuis, I. H. M., Roodenburg, A. J. C., Brug, J., & Seidell, J. C. (2010). Front-of-pack nutrition label stimulates healthier product development: a quantitative analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 7.

Wang, Y. C., Coxson, P., Shen, Y. M., Goldman, L., & Bibbins-Domingo, K. (2012). A penny-per-ounce tax on sugar-sweetened beverages would cut health and cost burdens of diabetes. *Health Aff. (Millwood)* 31, 199-207, doi:10.1377/hlthaff.2011.0410 [doi].

Wang, Y. C., Ludwig, D. S., Sonnevile, K., & Gortmaker, S. L. (2009). Impact of Change in Sweetened Caloric Beverage Consumption on Energy Intake Among Children and Adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 163, 336-343.

- Warburton, D. E. R., Charlesworth, S., Ivey, A., Nettlefold, L., & Bredin, S. S. D. (2010). A systematic review of the evidence for Canada's Physical Activity Guidelines for Adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 7.
- Warburton, D. E. R., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. D. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal* 174, 801-809.
- Waterlander, W. E., de Haas, W. E., van Amstel, I., Schuit, A. J., Twisk, J. W. R., Visser, M., Seidell, J. C., & Steenhuis, I. H. M. (2010). Energy density, energy costs and income - how are they related? *Public Health Nutrition* 13, 1599-1608.
- Waterlander, W. E., Steenhuis, I. H. M., de Boer, M. R., Schuit, A. J., & Seidell, J. C. (2012). Introducing taxes, subsidies or both: The effects of various food pricing strategies in a web-based supermarket randomized trial. *Preventive Medicine* 54, 323-330.
- Watiez, M. (1995). Processus de socialisation alimentaire du jeune consommateur. *Cahiers de Diététique et de Nutrition* 30, 313-319.
- WHO (2009). 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases, Geneva: World Health Organization.
- WHO (2013). Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020, Vienna: WHO Ministerial Conference on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020.
- WHO Europe Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016, Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO Europe (2011b). Mapping salt reduction initiatives in the WHO European region, Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO Europe (2013). Hungarian food tax changes consumption patterns. <http://www.euro.who.int/en/countries/hungary/sections/news/2013/05/hungarian-food-tax-changes-consumption-patterns>.
- Wolff, J. L., Starfield, B., & Anderson, G. (2002). Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Archives of Internal Medicine* 162, 2269-2276.
- World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research (2007). Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective., Washington DC: AICR.
- World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research (2009). Policy and Action for Cancer Prevention. Food, Nutrition, and Physical Activity: a Global Perspective, Washington DC: AICR.
- WCRF 2013. Law and obesity prevention. Addressing some key questions for the public health community, WCRF International Policy and Public Affairs, Working Paper n°1

World Health Organization (2003). Diet, Nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation, Geneva: World Health Organization (WHO), WHO Technical Report Series N°916.

World Health Organization (2009). Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks.

Young, L. & Swinburn, B. (2002). Impact of the Pick the Tick food information programme on the salt content of food in New Zealand. *Health Promot. Int.* 17, 13-19.

Zagorsky, J. L. & Smith, P. K. (2009). Does the US Food Stamp Program contribute to adult weight gain? *Economics & Human Biology* 7, 246-258.

Zhen, C., Finkelstein, E. A., Nonnemaker, J. M., Karns, S. A., & Todd, J. E. (2013). Predicting the Effects of Sugar-Sweetened Beverage Taxes on Food and Beverage Demand in a Large Demand System. *American Journal of Agricultural Economics*.

Zhuo, X. H., Zhang, P., Gregg, E. W., Barker, L., Hoerger, T. J., Pearson-Clarke, T., & Albright, A. (2012). A Nationwide Community-Based Lifestyle Program Could Delay Or Prevent Type 2 Diabetes Cases And Save \$5.7 Billion In 25 Years. *Health Affairs* 31, 50-60.

RESUME DES MESURES CONCERNANT LA PREVENTION NUTRITIONNELLE

Les mesures présentées ci-dessous sous forme de résumés sont décrites en détail (objectifs, principe, bases scientifiques et détails des actions) dans le chapitre 4, page 31

Les mesures proposées se situent dans un cadre d'universalisme proportionnée. Elles sont donc à destination de la population générale (universelles) avec un ciblage proportionné qui tient compte du gradient social (avec une intensité plus grande selon le degré de désavantage). Elles visent donc particulièrement à impacter l'état nutritionnel et l'état de santé des populations fragiles et contribuent à lutter contre les inégalités sociales de santé.

A. Une mesure générale (mesure n°1) de continuité et d'amplification des actions destinées à agir sur les comportements alimentaires et l'état nutritionnel des populations défavorisées et de la jeunesse :

Mesure n°1

Pérenniser le Programme National Nutrition Santé (en intégrant le PO) en tant que programme de santé publique intégré dans la Stratégie Nationale de Santé. Amplifier ses actions visant à lutter contre les inégalités sociales de santé et ciblées vers la jeunesse et réviser sa gouvernance

Résumé (voir texte complet page 31)

- Amplifier les actions inscrites dans le PNNS3/PO dans les domaines où ses actions n'ont pas été suffisamment efficaces pour toucher les populations à risque, notamment les groupes vulnérables sur le plan socio-économique et la jeunesse, réduire les inégalités territoriales dans la prévention et la prise en charge des problèmes nutritionnels, améliorer l'offre alimentaire et d'activité physique, la formation, la surveillance et la recherche :

- promotion des chartes d'engagement avec les collectivités territoriales (communes, départements et régions), établissements et entreprises (vis-à-vis de leurs salariés) et chartes d'engagement de progrès nutritionnel (pour les entreprises du secteur alimentaire)
 - promotion de l'activité physique et sportive notamment des d'actions ciblées vers les enfants et les groupes à risque (populations défavorisées, personnes âgées, malades chroniques)
 - promotion de l'allaitement maternel (notamment dans sa durée)
 - lutte contre la dénutrition (prévention, dépistage et prise en charge), notamment pour les sujets âgés et les malades (en ville et dans les établissements de soins)
 - lutte contre les troubles du comportement alimentaire (prévention et prise en charge)
 - soutien à l'aide alimentaire à destination des populations précaires
 - déclinaison outre-mer du PNNS/PO
 - développement de la recherche
 - renforcement de la surveillance nutritionnelle et de l'évaluation des actions
 - formation des professionnels
 - facilitation de la mise en œuvre d'actions de santé publique de terrain
- Réviser la gouvernance du PNNS : Mise en place d'un Comité Stratégique du PNNS (composé

d'experts et de représentants de la société civile, s'appuyant sur les agences sanitaires et les administrations) qui émettra des avis destinés au comité interministériel de Santé Publique piloté par le Ministère de la santé (annoncé dans la Stratégie Nationale de Santé)

B. Trois mesures structurelles complémentaires (mesures n°2, 3 et 4) visant à :

- **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 (prévention « active »),**
- **orienter le marketing alimentaire en vue de réduire la pression incitant les consommateurs, notamment les populations plus fragiles (populations défavorisées, enfants, jeunes...) à consommer des aliments de moins bonne qualité nutritionnelle et de favoriser l'incitation vers des choix alimentaires plus favorables à la santé,**
- **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,**
- **améliorer l'offre alimentaire en termes de qualité nutritionnelle des aliments mise à la disposition de l'ensemble des consommateurs (notamment les jeunes et les populations défavorisées) afin de diminuer de façon significative, mais sans affecter le plaisir gustatif, les apports en graisses, sucres et sel (prévention « passive »).**

Mesure n°2

Mettre en place un système d'information nutritionnelle unique sur la face avant des emballages des aliments : « l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS »

Résumé (voir texte complet page 43)

Mettre en place un système d'information nutritionnelle sous forme d'un outil synthétique (« l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS ») facilitant, au moment de l'achat, l'estimation rapide par le consommateur de la qualité nutritionnelle d'un produit alimentaire. Le système se veut simple, bien visible, reconnaissable et compréhensible immédiatement par tous (notamment les populations plus défavorisées), applicables sur les emballages et documents promotionnels et publicitaires du produit pré-emballés ou pour les produits bruts sur les rayons des lieux de vente ou à l'intérieur des magasins (et sur les supports internet). Il pourra être mis en place en restauration hors domicile.

Le système reposera sur le calcul d'un score nutritionnel global (développé au Royaume-Uni par l'OFCOM) applicable à tous les aliments permettant de comparer, sur la même base et avec les

mêmes critères, la qualité nutritionnelle des aliments entre eux (du moins favorable au plus favorable nutritionnellement) avec une triple finalité pour le consommateur :

- 1) *pouvoir situer dans l'absolu la qualité nutritionnelle d'aliments appartenant à des familles différentes (par exemple les céréales petit déjeuner, les produits laitiers, les sodas, les fruits, les légumes, les viandes, les charcuteries, les légumes secs, les biscuits, les matières grasses, les plats cuisinés,...),*
- 2) *pouvoir comparer la qualité nutritionnelle relative d'aliments appartenant à la même famille (par exemple, comparer les mueslis versus les céréales chocolatées, versus les céréales chocolatées et fourrées; comparer les biscuits secs, versus les biscuits confiturés, versus les biscuits chocolatés...),*
- 3) *pouvoir comparer la qualité nutritionnelle d'un même type d'aliment proposé par des marques différentes (par exemple, comparer les céréales chocolatées et fourrées d'une marque par rapport à son « équivalent » d'une autre marque,...).*

A titre d'exemple, l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS pourrait comprendre cinq classes de qualités nutritionnelles définies en fonction de différents seuils de score de qualité nutritionnel (seuils à définir par une commission ad hoc). Ces 5 classes pourraient être représentées sous forme d'une chaîne de 5 disques (5 « assiettes »), de couleurs différentes sur une échelle allant du vert au rouge (vert/jaune/orange/rose fuchsia/rouge), de petite taille ou de grande taille (en fonction de son score global), chaque assiette de couleur pouvant éventuellement porter une lettre correspondante de A à E (double système possible de couleurs et notes pour renforcer la lisibilité rapide du système au moment de l'acte d'achat). Pour un certain nombre de secteurs, les critères de classification seront adaptés afin de tenir compte des spécificités des produits alimentaires concernés (boissons, boissons light, huiles).

Par le fait de reposer sur 5 « classes de qualité nutritionnelle », le système devrait permettre aux industriels de pouvoir bénéficier réellement de la possibilité d'un changement de classes (couleurs/lettres), en fonction de leurs efforts d'amélioration de la qualité nutritionnelle, que ce soit dans la reformulation des produits existants et lors de la création de nouveaux produits.

L'apposition du système d'information nutritionnelle unique devra, à terme, être obligatoire sur les emballages de tous les aliments solides et boissons, bruts ou manufacturés pré-emballés et sur les rayons pour certains aliments bruts non emballés. Il sera également obligatoire sur tout affichage de plats servis dans le cadre des chaînes de restauration collective type fast-food utilisant des recettes standardisées (accompagné dans ce cadre d'une mention visible de l'apport calorique des menus, plats et boissons proposés à la vente), ainsi que sur toute publicité faisant référence à l'aliment ou au plat sur tous les supports papier (affiches, journaux, magazines...), à la télévision ou sur internet. Pour certains aliments bruts (fruits, légumes...) ou issus de la production d'artisans bien définis (par exemple le pain en boulangerie), le système d'information nutritionnelle sous une forme « générique » sera indiqué sur les rayons ou dans le magasin au travers d'une affiche rédigée en termes accessibles à tout public.

Différentes stratégies de communication de grande ampleur, d'information et de formation seront développées pour faire connaître le système auprès du public et des professions relais.

Mesure n°3

Réguler la publicité en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments

Résumé (voir texte complet page 54)

Mettre en place un système de régulation visant à améliorer les pratiques de marketing en réduisant la pression marketing qui incite la population, notamment les sujets les plus fragiles (enfants, adolescents, populations défavorisées...) à consommer les aliments de moindre qualité nutritionnelle (gras, sucrés, salés) tout en favorisant la promotion d'aliments de meilleure qualité nutritionnelle. Le système mis en place permettra également d'agir au niveau des industriels pour les inciter à améliorer de façon significative la qualité nutritionnelle des produits alimentaires qu'ils fabriquent pour bénéficier du cadre des autorisations de publicité pour les produits ayant une qualité nutritionnelle acceptable.

La caractérisation de la qualité nutritionnelle des aliments servant à cette régulation sera basée sur l'établissement du score nutritionnel global (selon la méthode développée au Royaume-Uni par l'OFCOM) qui est utilisé pour définir le système d'information nutritionnel (mesure n°2) et pour calculer la taxe/subvention (mesure n°4). Le calcul du score de qualité nutritionnelle est le même pour tous les aliments, et le seuil pour autoriser ou non à la publicité un aliment donné sera fixé par un comité ad hoc.

- *Régulation de la publicité télévisuelle pour les aliments*

Entre 7h et 22h, la publicité télévisuelle sera autorisée exclusivement pour les aliments ayant un score nutritionnel considéré comme suffisamment favorable (score nutritionnel en dessous d'un seuil fixé par une commission ad hoc). Entre 22h et 7h du matin, la publicité pour un aliment donné devra obligatoirement indiquer de façon claire et visible sa place sur l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS (couleur et lettre).

- *Régulation de la publicité à la radio pour les aliments*

Un court message audio, à la fin du spot publicitaire, indiquera clairement la situation de l'aliment (ou du plat) en regard de l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS).

- *Régulation de la publicité pour les aliments sur des supports papiers (affiches, journaux)*

L'apposition visible de l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS correspondant à l'aliment faisant l'objet de la publicité sera obligatoire sur tous les supports papier (affiches, journaux, magazines,...).

- *Régulation de la publicité pour les aliments sur Internet*

Seules seront autorisées les publicités, bannières et autres formes de promotion pour les aliments autorisés à la publicité télévisuelle (score de qualité nutritionnelle inférieur au seuil fixé par le comité ad hoc). De plus, la régulation pour les publicités alimentaires télévisuelles s'appliquera aux messages d'annonce précédant certaines vidéos sur Internet (YouTube, Dailymotion,...). Les bannières et toute autre forme de publicité sur le web faisant la promotion des aliments dont la qualité nutritionnelle ne permet pas la publicité télévisuelle entre 7 et 22h seront interdites. Seule est autorisée la publicité sur les sites professionnels des entreprises produisant les aliments (avec apposition obligatoire de l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS correspondant aux aliments cités).

- *Régulation de la publicité pour les compléments et suppléments nutritionnels*

La publicité pour les compléments et suppléments nutritionnels sera interdite sur tout support destiné au grand public ou aux professionnels (télévision, radio, affiches, journaux, internet).

- *Régulation de la publicité pour les produits de régime amaigrissant*

La publicité pour les produits de régime amaigrissant sur tous supports (TV, radio, presse écrite, internet,...), que ce soit pour des suppléments/compléments, dispositifs, livres, méthodes,... sera totalement interdite sur tout support destiné au grand public ou aux professionnels (TV, radio, presse écrite, affiches, internet...).

Mesure n°4

Mettre en place une taxe/subvention (réduction de la TVA) en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments

Résumé (voir texte complet page 64)

Mise en place d'un système de taxation conditionnelle et proportionnelle pour les aliments dont la qualité nutritionnelle est la moins favorable couplée à une réduction de la TVA pour ceux dont la qualité nutritionnelle est la plus favorable. Cette mesure est destinée à :

- e) faciliter l'accessibilité et inciter l'achat d'aliments de meilleure qualité nutritionnelle,
- f) limiter la consommation des aliments dont la qualité nutritionnelle est la moins favorable sur le plan nutritionnel,
- g) inciter les industriels à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments pour bénéficier d'une réduction de taxe proportionnelle à leur effort,
- h) lever des fonds permettant de financer diverses mesures de santé publique et leur évaluation.

La taxe sera calculée en fonction du score nutritionnel global des aliments (estimé selon la méthode développée au Royaume-Uni par l'OFCOM) utilisé pour le système d'information nutritionnelle (mesure n°2) et pour la régulation de la publicité (mesure n°3) mais utilisée de façon continue et non par classes (comme ceci est fait dans le système d'information nutritionnelle). La taxe sera affectée aux aliments ayant un score nutritionnel supérieur à un certain seuil qui devra être fixé par une commission ad hoc. Au-dessus de ce seuil, la taxe sera continue de façon non linéaire mais exponentielle: elle sera donc particulièrement élevée pour les aliments dont le score est le plus élevé (dont la composition nutritionnelle est la plus défavorable).

Les aliments dont la qualité nutritionnelle est la plus favorable (score nutritionnel en dessous d'un seuil qui sera fixé par une commission ad hoc), non seulement ne seront pas taxés mais bénéficieront d'une TVA «super-réduite» de 2,1 % permettant une meilleure accessibilité économique aux populations les plus défavorisées.

La taxe est d'autant plus élevée que l'aliment a un profil nutritionnel défavorable. Mais le calcul de la taxe, à partir du score nutritionnel continu et exponentiel, permet de répercuter toute amélioration nutritionnelle, même faible et limitée à un élément négatif, par une réduction significative et d'autant plus ample que l'aliment a un score initial élevé (compte tenu de la fonction exponentielle utilisée pour calculer la taxe).

Une décote de la taxe est envisageable en fonction d'un indicateur environnemental intégrant diverses données dans le domaine de la durabilité. Le pourcentage de décote et les critères à prendre en compte dans l'indicateur de durabilité permettant la décote devront être fixés par un Comité ad hoc.

Seront exemptés de la taxe (comme pour le système d'information nutritionnelle), les aliments produits par les traiteurs et les artisans (définitions à préciser).

C. Onze mesures spécifiques complémentaires (mesures n°5 à 15) visant particulièrement à impacter l'état nutritionnel et l'état de santé des populations fragiles et ainsi contribuer à lutter contre les inégalités sociales de santé.

Mesure n°5

Offrir à tous (et notamment aux populations défavorisées) les conditions favorables pour pratiquer une activité physique et sportive

Résumé (voir texte complet page 81)

- *favoriser par des dispositifs financiers l'accessibilité à la pratique d'activité physique dans la vie quotidienne et à l'activité sportive encadrée*
 - Tickets sport permettant la prise en charge des inscriptions à des clubs sportifs pour les enfants et adolescents de familles défavorisées (voir mesure n°9)
 - Déduction fiscale nationale, du coût de la licence, pour les populations défavorisées
 - Favoriser la dimension familiale de la pratique en incitant les associations et clubs à la prendre en compte pour leurs tarifs d'inscription et en créant une licence familiale
 - Prise en charge complète de l'abonnement vélo dans les villes pour les populations défavorisées (allocataires des minimas sociaux) et à hauteur de 50 % pour les étudiants de moins de 26 ans
 - Défiscalisation à hauteur de 200 euros par an, pour favoriser les déplacements professionnels à vélo des personnes qui résident dans un rayon de 10km de leur lieu de travail
 - Mécanismes de financement favorables aux déplacements de courtes distances
 - Rendre accessibles les équipements sportifs de quartiers hors temps scolaire, avec un encadrement par du personnel formé (contrats emplois-jeunes, service civique...)

- *actions sur l'environnement, promotion des transports actifs*
 - Développer une offre adaptée aux transports actifs : pistes cyclables et parcs à vélo sécurisés, trottoirs adaptés, bancs, réseaux denses de zones piétonnes, partage de la voirie, normes de stationnement avec des exigences concernant le parcage des vélos. La réalisation d'abris à vélos doit être introduite pour les nouveaux bâtiments de logements, pour les équipements publics, les surfaces commerciales, les entreprises,...
 - Intégrer dans les critères de subventionnement d'ouvrages et d'équipements la prise en compte des effets du projet sur les transports actifs
 - Conditionner l'obtention des permis de construire des bâtiments publics à la mise en place et à l'accessibilité des escaliers (décorés et plaisants), des abris à vélos ainsi qu'au « prolongement d'extérieur » favorisant les activités physiques de proximité
 - Obligation d'un volet « transports actifs » dans les documents de planification urbaine et dans le cahier des charges des commandes publiques (projets d'urbanisation, révision de PLU, aménagements routiers, espaces publics...)
 - Modification des normes de construction et de réfection des routes pour que les mobilités douces soient systématiquement prises en compte
 - Parcours sécurisés pour la marche et le vélo combinés à une signalétique de jalonnements piétons (temps de parcours à pieds)

- Mise en œuvre des plans de mobilité scolaire : accessibilité sécurisée à l'école pour les piétons (« Pédibus », « Car à pattes », « Car à cycles »)
- Obligation, pour toute implantation d'entreprise de plus de 20 employés, d'établir un « plan de mobilité d'entreprise » comprenant un volet « vélo ».

Mesure n°6

Améliorer l'accessibilité à l'eau pour tous, dans les lieux publics et en alternative de proximité près des distributeurs automatiques proposant des boissons sucrées (ou au goût sucré)

Résumé (voir texte complet page 84)

- Mettre en place dans tous les lieux publics accueillant du public (notamment les enfants et les adolescents) des fontaines d'eau réfrigérée offrant une eau saine, de bonne qualité gustative, facilement accessible et gratuite.
- Tout distributeur automatique offrant à la vente des produits alimentaires (notamment des boissons sucrées ou au goût sucré) devra être couplé à une fontaine d'eau réfrigérée attenante, intégrée dans le distributeur ou à proximité (installation et maintenance à la charge de la société gérant les distributeurs automatiques).

Mesure n°7

Améliorer l'offre alimentaire dans les distributeurs automatiques de produits alimentaires

Résumé (voir texte complet page 85)

Les distributeurs automatiques payant devront obligatoirement contenir au moins 30 % de leur offre de boissons et 30 % de leur offre d'aliments solides appartenant à la gamme des produits alimentaires de bonne qualité nutritionnelle porteurs du logo Vert (A) ou Jaune (B).

Mesure n°8

Réglementer la teneur en sel et en fibres du pain et des produits de panification

Résumé (voir texte complet page 86)

Réglementer la composition de la farine de base qui devra contenir pour toute utilisation dans le pain et les produits de panification :

- *pour la teneur en sel :*
 - à échéance d'un an, moins de 18 g de sel/kg de farine
 - à échéance de 3 ans, moins de 16 g de sel/kg de farine
- *pour la teneur en fibres :*
 - à échéance d'un an : farine au moins type 75
 - à échéance de 3 ans : farine au moins type 80

Les modifications de composition en sel et fibres ne devront s'accompagner d'aucune augmentation de prix des pains courants.

Mesure n°9

Distribuer des coupons « fruits et légumes » et « tickets sport » aux populations défavorisées

Résumé (voir texte complet page 90)

Instaurer pour les personnes particulièrement défavorisées sur le plan économique (par exemple, les familles mono-parentales allocataires des minimas sociaux avec des enfants de moins de 5 ans), la distribution de coupons exclusifs (et non échangeables) de fruits et légumes (qui pourraient être de l'ordre de 2 coupons de 5 € par mois, soit 10 € par personne et 40 € pour une famille de 4 personnes) permettant l'achat de tout type de fruits et légumes bruts dans les lieux de vente.

Pour les étudiants en situation précaire (définition à prévoir), fourniture de coupons exclusifs (et non échangeables) de fruits et légumes, correspondant à 10 euros par mois, délivrés par le CROUS, et permettant l'achat de tout type de fruits et légumes bruts dans les lieux de vente.

Distribution pour les familles défavorisées (allocataires des minimas sociaux avec des enfants de 6 à 17 ans), de tickets « sport » d'une valeur de 50 euros par an et par enfant exclusivement utilisables pour couvrir les droits d'inscription des enfants dans des clubs sportifs.

Les coupons fruits et légumes et les tickets sport pourraient être financés par les fonds collectés dans le cadre de la taxe nutritionnelle.

Mesure n°10

Planter des marchés alimentaires et des jardins communautaires dans les zones défavorisées. Favoriser par des soutiens fiscaux (subventions, déductions fiscales, réduction des charges...), l'implantation dans les zones urbaines sensibles de chaînes de supermarché s'engageant à fournir une offre favorable sur le plan nutritionnel

Résumé (voir texte complet page 94)

- Favoriser l'implantation de marchés dans des zones défavorisées par une politique d'exonération des droits payés par les vendeurs de produits alimentaires pour les emplacements et en apportant une aide matérielle pour faciliter leur installation (prime ou fourniture de l'équipement...). Les marchés devront nécessairement comprendre au moins un emplacement fruits et légumes. Les communes pourront choisir de soutenir les circuits courts. Les lieux d'implantation seront discutés par les communes avec les habitants et les emplois créés pourront s'inscrire dans les politiques d'aide au retour à l'emploi.
- Favoriser par des soutiens fiscaux (subventions, déductions fiscales, réduction des charges...), l'implantation dans les zones urbaines sensibles de chaînes de supermarchés de proximité s'engageant, au travers de la signature de chartes (type chartes d'engagement de progrès nutritionnel), à fournir un pourcentage (à définir) de leur offre alimentaire

favorable sur le plan nutritionnel ainsi qu'une politique de placement des aliments en linéaire et en tête de gondole favorisant la promotion des aliments de bonne qualité nutritionnelle (et à un coût raisonnable).

- Favoriser l'implantation de jardins communautaires au niveau des communes par la mise à disposition de terrains communaux à des associations d'aide aux personnes en difficultés pour développer des jardins communautaires dédiés à la culture des fruits et légumes sous réserve que l'entretien soit assuré par les bénéficiaires.

Mesure n°11

Interdire les promotions au volume pour des aliments et boissons dont la qualité nutritionnelle est considérée comme défavorable à la santé

Résumé (voir texte complet page 96)

Interdire pour tous les aliments dont le score nutritionnel amène à une limitation pour la publicité télévisuelle (mesure n°3) toute forme de promotion au volume : par exemple service à volonté pour le prix d'achat d'une boisson sucrée (free refill), deux items pour le prix d'un, 20 % de plus pour le même prix... Ces promotions seront permises pour tous les autres produits alimentaires autorisés à la publicité.

Ce cadre s'appliquera aux « Happy Hours pour les boissons alcoolisées » qui seront interdites avec la possibilité de les remplacer, sur le même principe par la promotion des aliments et boissons considérés comme ayant une qualité nutritionnelle favorable à la santé (produits autorisés à la publicité).

Mesure n°12

Utiliser le temps périscolaire, dans le cadre de la réforme des rythmes scolaires, pour faire de l'activité physique, promouvoir l'éveil au goût et éduquer à la lecture du système d'information nutritionnelle (échelle de qualité nutritionnelle du PNNS)

Résumé (voir texte complet page 96)

- Consacrer 50 % des ateliers en temps périscolaire à des activités physiques ludiques diverses dans des cours de récréation ou des lieux adaptés et aménagés, avec du personnel formé : ateliers de sports (tous types), de danse, de jeux (ballon prisonnier...).
- Consacrer 15 à 30 % des ateliers en temps périscolaire à des activités dans le champ alimentaire : éveil au goût, éducation alimentaire, connaissance du système d'information nutritionnelle.

Mesure n°13

Promouvoir la diversité de l'image du corps (interdiction des retouches de photo dans les magazines et journaux et de faire défiler des mannequins avec IMC < 19) et donner un cadre juridique de protection des personnes obèses (pénalisation de la discrimination)

Résumé (voir texte complet page 97)

- Promouvoir la variabilité des images corporelles dans les photographies de mode et la publicité avec une interdiction des retouches de photos dans les magazines et journaux (notamment destinés à la jeunesse).
- Améliorer le critère de diversité d'image corporelle dans les défilés de mannequins et interdire de faire défiler des mannequins dont l'Index de Masse Corporelle (IMC) < 19.
- Lutter contre les discriminations des sujets obèses au travers d'un cadre juridique assurant la pénalisation de toute forme de stigmatisation et garantissant la protection des personnes obèses (en terme matériel et professionnel et du traitement dans les médias de l'image des personnes obèses).

Mesure n°14

Permettre des campagnes de communication gratuites pour l'INPES sur les chaînes de TV publiques et privées

Résumé (voir texte complet page 97)

Exonérer l'INPES du prix d'achat d'espace sur les chaînes de télévision publiques et privées, à des tranches horaires de grande écoute, pour développer 3 campagnes de communication sur le système d'information nutritionnelle (échelle de qualité nutritionnelle) dans l'année de sa mise en place.

Mesure n° 15

Fournir les moyens aux structures concernées de mettre en place l'évaluation des mesures mises en place et l'atteinte des objectifs du PNNS

Résumé (voir texte complet page 98)

- Mettre en place les indicateurs pertinents permettant de suivre l'impact des mesures mises en place : indicateurs de processus, efficacité, coût, atteinte des populations cibles, effets collatéraux... Ces indicateurs seront définis par un comité de spécialistes.
- Développer des études macro et micro-économiques, des exploitations des données issues de panel de consommateurs, des mesures d'exposition (aux différentes formes de publicité et aux messages nutritionnels), et des évaluations ex-ante des mesures proposées basées sur des simulations pour orienter les politiques publiques.
- Les évaluations pourront se faire au travers d'un renforcement des moyens donné à l'OQALI, l'InVS, l'INPES et l'ANSES et aux équipes de recherche des organismes nationaux de recherche.
- Les moyens nécessaires pourraient être fournis par une partie du revenu de la Taxe nutritionnelle.

