



Nutrition et obésité :

Nouvelles mesures pour 2008 & Évaluation des messages accompagnant les publicités de l'industrie agro-alimentaire

Lundi 4 février 2008

Dossier de presse

Sommaire

I- Nutrition, surpoids et obésité : contexte

1. Données générales sur la nutrition et la santé
2. Le surpoids et l'obésité en France

II- Les Plans nationaux nutrition santé

1. Bilan du Plan national nutrition santé 2001 - 2005 (PNNS 1)
2. Le Plan national nutrition santé 2006 - 2010 (PNNS 2)

III- Les mesures mises en œuvre pour 2008

1. Réunion de concertation sur la publicité pour les aliments et les boissons diffusée au cours des programmes télévisés pour les enfants dès la première semaine de mars
2. Nouvelles recommandations nutrition appliquées à la restauration scolaire
3. Incitation au retrait des confiseries et des sucreries aux caisses
4. Installation de l'observatoire de la qualité alimentaire

IV- L'évaluation des messages sanitaires accompagnant les publicités de l'industrie agro-alimentaire

1. Synthèse de l'étude menée par l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé
2. Etude complète

I- Nutrition, surpoids et obésité : contexte

1- Données générales sur la nutrition et la santé

→ La santé et la nutrition

La nutrition est l'un des facteurs majeurs contribuant à la survenue de diverses pathologies.

Elle n'est pas l'unique cause de ces pathologies, mais en constitue un facteur favorisant, essentiel parmi d'autres facteurs d'environnement ou génétique. C'est un facteur pour lequel il est possible d'intervenir.

Si la nutrition représente un facteur de risque, elle peut aussi être un facteur de protection. Les grandes carences alimentaires, qui persistent dans de très nombreux pays en développement, conduisent à des malnutritions. Ces tableaux cliniques sévères, dont les images ont été largement médiatisées, ont, hors cas très particuliers, disparu en France et dans les pays industrialisés.

La relation entre nutrition et santé est maintenant, dans nos sociétés industrialisées, d'une nature différente. Il s'agit le plus souvent d'excès, les carences ne concernant que des groupes particuliers (personnes âgées en institution, populations en situation de grande précarité, par exemple). L'alimentation et l'état nutritionnel qui en résulte participent de façon majeure à la survenue des maladies les plus répandues.

De nombreux facteurs influencent l'apparition des principales pathologies qui touchent les Français (maladies cardiovasculaires, cancers, obésité, diabète, ostéoporose...). Ils sont en partie liés à l'environnement et au mode de vie : tabagisme, alcoolisme, insuffisance d'exercice physique...

Parmi ces facteurs, il est aujourd'hui bien établi que l'alimentation joue un rôle essentiel. Ce point est d'autant plus important que l'alimentation est un facteur sur lequel les possibilités d'intervention existent tant à niveau individuel qu'en termes de santé publique et de prévention (information sur la composition d'un régime alimentaire quotidien équilibré, renforcement de la formation des professionnels de santé, amélioration de la restauration scolaire...).

→ Les principaux chiffres relatifs à la nutrition en France

Il est aujourd'hui parfaitement établi que l'alimentation et l'état nutritionnel participent de façon essentielle au développement et à l'expression clinique des maladies qui sont aujourd'hui les plus répandues en France, comme dans l'ensemble des pays industrialisés :

- **Près d'un adulte sur 5 présente une cholestérolémie supérieure à 2,50 g/l.**

- **Les maladies cardiovasculaires** (infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux...) sont aujourd'hui la première cause de mortalité en France (32 % des décès), à l'origine de près de 170 000 décès chaque année.
- **Les tumeurs malignes** représentent 29 % de l'ensemble des décès chez l'homme et 23 % chez la femme. Le nombre de nouveaux cas est estimé 280 000 par an. La nutrition intervient sur certains types de cancers (notamment oropharyngés et digestifs)
- **L'ostéoporose**, qui entraîne une fragilité osseuse exposant les patients à un risque de fractures (en particulier du col du fémur) concernerait 10 % des femmes à 50 ans, 20 % à 60 ans et 40 % à 75 ans.
- **La prévalence du diabète**, tous âges confondus, est estimée entre 2 % et 2,5 % de la population générale (plus de 80 % des diabètes sont liés à des surcharges et à des déséquilibres nutritionnels).
- **L'hypercholestérolémie** concerne près d'un adulte sur cinq (supérieure à 2,50 g/l).

2- Le surpoids et l'obésité

→ La surcharge pondérale et l'obésité

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

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

Ce choix repose principalement sur les associations entre, d'une part IMC et pourcentage de graisse corporelle, et d'autre part IMC et taux de mortalité.

Chez l'adulte, on considère actuellement que :

- l'intervalle de l'IMC associé au moindre risque pour la santé est situé entre 18,5 et 24,9 kg/m^2 ;
- le « surpoids » correspond à l'intervalle d'IMC entre 25 et 29,9 kg/m^2 ;
- « l'obésité » est définie par un $IMC > \text{ou} = 30 \text{ } kg/m^2$ quels que soient l'âge et le sexe;
- « l'obésité sévère » par un IMC supérieur à 35 kg/m^2 et inférieur à 40 kg/m^2 et « l'obésité massive » par un IMC supérieur à 40 kg/m^2 .

Certaines limitations de l'utilisation de l'IMC sont à mentionner. Sur de larges échantillons, il existe en général une bonne corrélation entre l'IMC et le pourcentage de graisse corporelle.

Cependant, lors de comparaisons entre populations très différentes, l'IMC qui est avant tout une mesure de corpulence ne renseigne qu'imparfaitement sur la composition corporelle (masse grasse, masse maigre).

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

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

Chez l'enfant, l'obésité peut se définir par des valeurs supérieures au 97^e centile de la distribution de l'IMC pour une classe d'âge donnée (WHO, 2000) ; par exemple, à l'âge de 10 ans, l'obésité est définie, en France, par une valeur de l'IMC supérieure ou égale à 20 kg/m² (valeur correspondant, à cet âge, au 97^e centile de la population de référence française).

→ Les pathologies liées à l'obésité

Reconnue par l'OMS comme une **maladie grave** à l'origine de complications sévères parfois mortelles, l'obésité est un enjeu majeur de santé publique à l'échelon mondial.

Plus la quantité de graisses dans le corps est importante, plus l'organisme a besoin d'insuline.

Au-delà d'un seuil, la production d'insuline est dépassée, c'est le développement du diabète :

- **Une personne obèse a trois fois plus de risque d'être diabétique** qu'une personne non obèse.
- **Plus de 80% des diabètes de type 2 peuvent être attribués à l'obésité.**

L'excès de sucre expose alors à l'hypertension artérielle (HTA), aux infarctus cardiaques, aux accidents vasculaires cérébraux (AVC), à des problèmes d'ophtalmologie et des risques de plaies cutanées notamment des pieds.

Les problèmes **respiratoires concernent** les apnées du sommeil (pauses respiratoires de 5 ou 10 secondes avec **20 à 30% des sujets obèses** (1/4) qui souffrent d'apnées du sommeil.

Les problèmes **rhumatologiques** peuvent être très handicapants, avec des douleurs fréquentes et des lésions d'arthrose sur les hanches, genoux et vertèbres.

L'excès de graisses dans le sang, avec hypercholestérolémie, souvent associée à l'obésité renforce les risques cardiovasculaires. L'excès de graisses dans les veines est à l'origine de jambes lourdes, de varices et de phlébites altérant la qualité de vie.

Différentes études montrent une relation entre excès de poids et tous les types de **cancer** chez l'homme, en particulier de l'estomac, et de la prostate ou du rein chez l'homme ou du sein et de l'utérus chez la femme.

Le **risque** opératoire est majoré par l'existence d'une obésité et de ses complications.

→ Evolution du surpoids et de l'obésité en France

Les résultats de deux études, l'enquête nationale nutrition santé – **ENNS** – réalisée par l'Institut de veille sanitaire – **INVS** - et une autre de l'Institut national du cancer- **INCA** - réalisées en 2006-2007 montrent :

- une prévalence de l'obésité adulte ($IMC^1 > 30 \text{ kg/m}^2$) de **16,9%** et de surpoids ($25,0 \text{ kg/m}^2 \leq IMC \leq 29,9 \text{ kg/m}^2$, obésité non incluse) de **32,4%** ;
- un pourcentage d'obèses semblable chez les hommes et les femmes mais une prévalence de surpoids plus élevée chez les hommes ;
- une prévalence de l'obésité chez **les enfants**² de 3 à 17 ans de **3,5%** et celle de surpoids de **14,3%**, identique chez les garçons et les filles ;
- une prévalence de l'obésité qui **augmente avec l'âge** pour atteindre 24% chez les 55-74 ans chez les hommes et les femmes ;
- une prévalence de **l'obésité sévère** (indice de masse corporelle > 35 et < 40) à **3,4%**.

Il n'existe pas de chiffres antérieurs obtenus dans les mêmes conditions et permettant une comparaison directe.

Les **études OBEPI** (enquête INSERM/SOFRES/ROCHE) menées tous les 3 ans depuis 1997 **sur un échantillon national d'adultes** (par déclaration téléphonique) donnent en 2006 une prévalence de l'obésité de **12,4%**, avec, entre 2003 et 2006, une tendance au **ralentissement** de la courbe de prévalence d'obésité. Cette tendance est confirmée par une analyse dans les centres d'examen de santé du Centre Ouest depuis 1995 (plus de 330 000 sujets au total).

Les études montrent que le **ralentissement observé** concerne essentiellement les catégories aisées de la population.

Une étude menée avec l'Education nationale chez les enfants de CE1-CE2 âgés de 7 à 9 ans montre une prévalence stable du surpoids à 18,1% et de l'obésité à 4%. Comme pour les adultes, il existe **une différence entre les enfants** issus de catégories aisées pour lesquels la tendance est à la diminution et ceux issus de catégories défavorisées dont la fréquence d'obésité continue à croître légèrement.

A noter enfin que cette stabilisation mise en évidence **chez les enfants** est réalisée à un niveau de prévalence qui comparée à celle existant dans les autres pays européens demeure **moins élevée**.

¹ $IMC \Leftrightarrow \text{poids (en kg)} / \text{taille au carré (en m}^2\text{)}$

² Chez l'enfant, l'obésité est définie selon des courbes, en fonction de valeurs de l'indice de masse corporelle - IMC - qui varient selon l'âge et le sexe.

Le rapport de la DREES « L'état de santé de la population en France » de 2007 note que les évolutions des années 2000 ne montrent pas d'infléchissement mais plutôt une augmentation de l'obésité en particulier chez les femmes.

Il est donc prématurité d'affirmer la stabilisation de l'obésité infantile : il ne s'agit pour l'instant que de tendances statistiques affirmées sur deux mesures successives dans le temps. Une troisième mesure a minima est impérative pour affirmer une stabilisation.

Derrière cette stabilisation apparente globale se cache un creusement des inégalités socio-économiques particulièrement préoccupantes.

Les nouveaux objectifs du PNNS qui vont prochainement être redéfinis tiendront compte de ces résultats.

→ Quelques chiffres concernant l'Union Européenne

La France, les Pays-Bas et la Suède sont les pays où la prévalence de l'obésité infantile est la moins importante.

Pour les adultes, en **Allemagne, 20 % des adultes souffrent d'obésité**, avec 66 % des hommes et 51 % des femmes en surpoids (étude 2005 – 2007).

75 millions d'enfants vivent dans l'Union européenne : **22 millions sont en surpoids**, soit **29 %** d'entre eux et 5,1 millions sont obèses, soit **6,8 %** d'entre eux.

Il y aurait **300 000 enfants obèses** supplémentaires en Europe tous les ans (données de l'organisation internationale pour l'étude de l'obésité - OIEO),

En **Suède, 17,6 % des garçons et 27,4 % des filles de 6 à 11 ans sont en surpoids** (étude - IASO - International Association for the Study of Obesity), les filles de 4 ans ont 6 fois plus de risque d'être obèses aujourd'hui qu'il y a 20 ans.

Au **Royaume-Uni**, une des nations les plus touchées en Europe, **29 % soit 1 enfant ou adolescent sur 3 est en surpoids ou obèse.**

II- Les plans nationaux nutrition santé

1- Bilan du Plan national nutrition santé 2001-2005

Le Programme national nutrition santé avait dès 2001 fixé des objectifs chiffrés relatifs à la nutrition et l'alimentation des français dont les principaux avaient été intégrés dans la loi du 9 août 2004 sur la politique de santé publique.

Parmi ces objectifs figuraient la question de l'obésité : il s'agissait de diminuer de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'adulte et de stabiliser l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants.

Cependant, la question de l'obésité ne saurait résumer l'ensemble de la problématique de la relation entre nutrition et santé, la nutrition intervenant comme déterminant des principales pathologies chroniques qui touchent la population : maladies cardiovasculaires, hypertension artérielle, diabète de type 2, divers cancers, ostéoporose, déficience en fer, dénutrition des personnes âgées...

→ Les résultats :

Le 12 décembre 2007, s'est tenu à Paris un colloque qui a réuni plus de 600 professionnels. Les résultats de deux grandes enquêtes nationales, menées par l'Institut de veille sanitaire et l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments sur des échantillons nationaux représentatifs de la population française âgée de 3 à 75 ans, ont été présentés.

Parmi les avancées :

- **la stabilité de la prévalence du surpoids et de l'obésité de l'enfant** : les données nationales et régionales semblent démontrer que l'on s'approche de cet objectif avec, au niveau national, 3,5% d'obésité et 14,3% de surpoids. Ces résultats peuvent être encourageants par rapport aux autres pays européens. Toutefois ce niveau de prévalence n'est pas acceptable en termes de prédisposition à des problèmes de santé ultérieurs.
- l'objectif fixé pour la consommation de fruits et légumes était de passer de 60 à 45% de petits consommateurs. **La consommation moyenne de fruits progresse chez les adultes sans diminuer chez les enfants et la consommation de légumes se stabilise.** Le résultat dépasse l'objectif avec 35% de petits consommateurs seulement (un petit consommateur consomme moins de 3,5 portions de fruits et légumes par jour).
- l'objectif de **consommation moyenne de sel** de 8g/j est presque atteint. Il y a une diminution de la consommation de sel de plus de 5% depuis 1999 et la fréquence des « gros consommateurs » de sel (qui dépassent 12g/j) est passée de 15,8 à 10,5% chez les hommes et de 2,2 à 1,7% chez les femmes.

- La prévalence de l'anémie par carence en fer parmi les femmes en âge de procréer est de 3%, et conforme à l'objectif visé.
- L'activité physique chez les femmes : près des deux tiers parviennent à une activité d'au moins 30 minutes par jour correspondant au repère retenu. Les deux tiers des hommes parviennent aussi à ce repère.

Parmi les points où les avancées sont insuffisantes :

- La prévalence de l'obésité chez l'adulte, 16,9% ainsi que du surpoids à hauteur de 32,4%. Ces chiffres **ne sont de fait pas comparables aux données antérieures** car, dans les deux nouvelles enquêtes, poids et taille ont été mesurés alors qu'auparavant ils étaient déclarés par les enquêtés. Ce chiffre n'est pas satisfaisant, même si la tendance s'améliore puisque l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité ralentit. On ne peut s'en contenter, l'excès de poids étant un facteur de risque important de maladies chroniques.
- La consommation de féculents demeure insuffisante, avec notamment une tendance à la diminution pour le pain.
- Au total, la consommation de fibres est insuffisante à seulement 16 g/jour pour un objectif de 25 g/jour.
- La consommation de produits sucrés ne diminue pas, avec une forte proportion d'enfants ayant des apports qui restent élevés.
- Les apports en lipides qui demeurent trop élevés, notamment en acides gras saturés.

La question des personnes défavorisées dont la situation, d'après les données présentées **est plus préoccupante**, représente probablement le plus grand défi de ces prochaines années.

Les données disponibles sont essentiellement déclaratives. Les quantités disponibles sont les quantités achetées et non pas celles qui sont réellement consommées. Certaines populations ne sont pas incluses dans ces études (DOM TOM, populations ne parlant pas français, personnes en institutions).

Il est clair que l'information ou l'éducation seules se révèlent insuffisantes, notamment pour qu'une offre alimentaire satisfaisante sur le plan nutritionnel soit le choix le plus accessible lorsque les contraintes financières sont majeures. L'usage de produits trop gras ou trop caloriques reste trop important par rapport à d'autres apports alimentaires.

L'obésité est probablement l'enjeu majeur de santé publique dans les pays de l'OCDE aujourd'hui. Il est très difficile de changer les comportements alimentaires et les autorités sanitaires doivent poursuivre leurs efforts sur tous les champs par une politique nutritionnelle de plus en plus volontariste.

Les résultats actuels, pour encourageants qu'ils soient, sont encore insuffisants et très fragiles. La population française reste très vulnérable car les évolutions des années 2000 ne montrent pas d'infléchissement durable en particulier pour l'obésité des femmes. Les évolutions constatées dans d'autres pays invitent à redoubler d'efforts et de vigilance.

2- Le Plan National Nutrition Santé 2006-2010

Il s'appuie sur plusieurs objectifs clés :

→ une meilleure coordination nationale et une implication des collectivités territoriales

Il existe une forte coordination de l'action des départements ministériels autour du ministère chargé de la santé ; ce qui apporte une plus grande cohérence aux actions.

Il est indéniable qu'aujourd'hui, la politique de l'alimentation mise en œuvre par le ministère de l'agriculture et de la pêche prend en compte la dimension de santé des apports alimentaires.

Il en est de même avec le ministère de l'éducation nationale : la suppression de la collation matinale en école primaire est progressivement mise en œuvre, les distributeurs payants d'aliments ont été supprimés des écoles depuis septembre 2005.

Il faut maintenant amplifier la mobilisation des collectivités territoriales, notamment les **communes** dont plus de 120 ont aujourd'hui signé la charte des « villes actives du PNNS ».

Le nombre de villes mobilisés doit progresser.

De plus, les conseils généraux sont appelés, depuis janvier 2008 à signer eux aussi **une charte « Départements actifs du PNNS »**. Le premier, la Moselle, vient de la signer.

→ une éducation, une communication et une information ciblées

Les Français ont plus de visibilité sur les actions de santé publique à mener grâce à des prises de parole coordonnées et de plus en plus fréquentes sur la question nutrition santé.

La validation scientifique par l'Agence française de sécurité sanitaires des aliments (l'AFSSA), des repères de consommation pour la population française, a permis à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) de diffuser près de **25 millions de guide nutrition** du PNNS (pour tous, pour les parents, pour les plus de 55 ans, pour les adolescents).

Près de **500 000 outils** destinés au dépistage du surpoids et de l'obésité chez les adultes et les enfants ont été fournis aux professionnels de santé.

Des campagnes nationales de sensibilisation à la pratique de l'activité physique quotidienne, à la limitation de la consommation de produits gras et sucrés, à la promotion de la consommation de fruits et légumes frais en conserve ou surgelés ont été menées et ont eu un impact fort, toujours évalué par l'INPES.

D'autres campagnes et guides sont envisagés pour les personnes en situation de vulnérabilité.

→ les messages sanitaires sur les actions de promotion pour aliments et boissons

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique prévoit que les messages publicitaires en faveur des boissons avec ajouts de sucre, de sel ou d'édulcorant de synthèse et des produits alimentaires manufacturés contiennent une information à caractère sanitaire.

A défaut de l'apposition de ce message sanitaire, l'annonceur ou le promoteur doit s'acquitter d'une contribution financière reversée à l'Institut national pour la prévention et l'éducation pour la santé (INPES) pour conduire des actions d'éducation nutritionnelle.

Le décret du 27 février 2007 et l'arrêté du 27 février 2007 sont venus fixer les conditions d'application de la loi notamment en déterminant le contenu de l'information sanitaire.

Le **montant de la taxe** qui sera collectée pour la première fois en 2008 devrait être compris entre 900 000 et 3 millions d'euros.

→ la formation des professionnels

Le rapport commandé en mai 2005 par le ministre chargé de la santé au Pr Ambroise Martin sur la question de la formation en nutrition des professionnels de la santé mais aussi d'autres domaines (social, alimentation...) doit être remis très prochainement à la ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.

Ses conclusions permettront de réaliser des actions concrètes et adaptées visant à combler les lacunes de la prévention et de la prise en charge des pathologies liées à la nutrition pour les rendre plus cohérentes, efficaces et efficientes.

→ le budget du PNNS pour 2008

Ce budget s'élève à 15,3 M€ soit :

- **4,4M€ sont prévus sur le programme santé publique du ministère chargé de la Santé, de la Jeunesse et des Sports** (hors budget INPES et budget recherche - Agence nationale de recherche) pour le financement des actions préalablement engagées et le développement de nouveaux projets :
 - la promotion des fruits et des légumes dans les écoles ;
 - le développement de la consommation de pain farine type 80 ;
 - la réduction de la consommation de sel ;
 - les études relatives à la question de l'image du corps ;
 - la formation des professionnels des collectivités territoriales
 - les études et expérimentations relatives aux liens entre nutrition et cancer.

- 10,9 M€ sont alloués à l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.

III- Les mesures mises en œuvre pour 2008 en matière de nutrition et d'obésité

1- Réunion de concertation sur la publicité pour les aliments et les boissons diffusée au cours des programmes télévisés pour les enfants dès la première semaine de mars

Chez les jeunes, les conduites alimentaires responsables de surpoids ou d'obésité sont liées à **plusieurs facteurs** (place de l'alimentation et du repas dans la vie familiale, équilibre des menus, consommation d'aliments et de boissons sucrés ou salés en dehors des repas, déficit d'activité physique) parmi lesquels il est nécessaire de tenir compte du contexte promotionnel des aliments et produits manufacturés.

La **législation et la réglementation** prévoient déjà que les messages publicitaires en faveur des boissons avec ajouts de sucre, de sel ou d'édulcorant de synthèse et des produits alimentaires manufacturés soient accompagnés d'une information à caractère sanitaire (loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique).

Il s'agit d'une mesure **d'éducation nutritionnelle** qui vise à sensibiliser le public général, notamment les enfants, et à faire connaître les repères essentiels en matière de nutrition, en particulier ceux mis en place dans le cadre du programme national nutrition santé (PNNS).

Inscrite dans une démarche de prévention, cette mesure contribue à la lutte contre les pathologies associées à une alimentation déséquilibrée et une mauvaise hygiène de vie dont l'obésité.

Plusieurs études réalisées par l'Institut national de promotion et d'éducation pour la santé (INPES) montrent **une très grande acceptabilité** d'une information sanitaire accompagnant les messages publicitaires en faveur des boissons avec ajouts de sucre, de sel ou d'édulcorant de synthèse. Mais les résultats dans ce domaine sont encore insuffisants et les changements de comportements que ces messages peuvent susciter peuvent être accentués par d'autres mesures d'accompagnement. Cette acceptabilité montre à l'inverse que les messages publicitaires sont également intégrés par jeunes.

→ Dans un premier temps, le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports fera appel au sens des responsabilités des professionnels du domaine.

Pour ce faire, il organisera une réunion de concertation sur la publicité pour les aliments et les boissons diffusée au cours des programmes télévisés pour les enfants la première semaine de mars 2008. Plusieurs représentants y seront invités : l'association nationale des industries alimentaires (ANIA), la fédération des entreprises du commerce et de la distribution (FCD), les associations de consommateurs, l'union des annonceurs (UDA), le bureau de vérification de la publicité (BVP), le syndicat des associations de conseil en communication (AACC), l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), des experts du domaine (pédiatrie, marketing, universitaires, psychologie de l'enfant, un expert d'un autre pays de l'Union Européenne), ainsi que les autres ministères concernés (la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes – DGCCRF – du ministère de l'économie, des finances et l'emploi, la direction générale de l'alimentation – DGAL – du ministère de l'agriculture et de la pêche).

Lors de cette réunion devra être élaboré un cadre dans lequel les interprofessions, entreprises et annonceurs pourront inscrire des **engagements volontaires** et la suppression de la publicité pour certains aliments pendant les programmes télévisés destinés aux enfants devra être effective en avril 2008.

Le **cadre des engagements** d'autodiscipline pourra également concerner :

- les supports à considérer et, le cas échéant, les heures de diffusion ;
- les modalités d'utilisation de ces supports (par exemple éviter le "placement de produit" dans les émissions pour jeunes) ;
- l'âge limite à prendre en compte ;
- les aliments et boissons à prendre en compte.

Une **évaluation** sera réalisée en mai 2008.

En cas d'échec de cette démarche, **des perspectives législatives** pourraient être envisagées conjointement avec le ministère de la Culture et de la Communication.

2- Incitation au retrait des confiseries et des sucreries aux caisses

La capacité des jeunes et des enfants et leur grande mémorisation des publicités pour les produits sucrés en particulier les confiseries les amènent à solliciter leurs parents avec insistance lorsque leur sont présentés ces produits, tout particulièrement lors de l'attente en caisse.

→ Les enseignes de la grande distribution seront donc appelées à ne pas disposer ces produits à proximité des caisses.

Une réunion courant février 2008 avec les représentants des industries alimentaires, des entreprises du commerce et de la distribution, des associations de consommateurs et des ministères concernés (ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, ministère de l'Economie, des Finances et l'Emploi, ministère de l'Agriculture et de la Pêche) permettra de déterminer les conditions de ce retrait, en particulier les types d'engagements que prendront les distributeurs, **avec l'objectif d'un retrait effectif d'ici la fin du mois de juin 2008.**

3- Nouvelles recommandations nutrition appliquées par une évolution réglementaire sur la restauration scolaire

La circulaire interministérielle du 25 juin 2001 relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité des aliments formule des **recommandations nutritionnelles**.

L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) a mené une étude en 2005-2006, à la demande des ministères chargés de la santé et de l'agriculture, sur l'application de cette circulaire.

Les résultats de l'étude, publiés en juillet 2007, montrent une connaissance insuffisante de la circulaire par les professionnels de la restauration scolaire ainsi qu'une faible mise en application.

→ **Une évolution réglementaire sera proposée pour la prochaine rentrée scolaire, en lien avec les autres ministres concernés et en concertation avec les collectivités territoriales.**

Cette évolution réglementaire s'appuiera sur les **recommandations nutritionnelles** émises par le GPEMDA (Groupement Permanent d'Etudes de Marché sur les Denrées Alimentaires), devenu en 2007 le GEMRCN (Groupe d'Etude des Marchés de Restauration Collective et de Nutrition). Il s'agit d'améliorer la qualité des repas sans surcoût.

Ce groupement, composé d'experts et de représentants d'agences et de ministères concernés (économie, finances et emploi ; agriculture et pêche ; santé, jeunesse et sports) émet de recommandations et des guides techniques à l'attention des acheteurs publics pour leurs cahiers des charges et leurs contrats avec leurs fournisseurs.

Par exemple, ces recommandations concernent l'augmentation des apports en fibres et en vitamines, des apports en fer, des apports calciques et la diminution des apports lipidiques, la qualité de la composition du repas du midi avec un plat principal à base de viande, de poisson ou d'œufs complété par des produits laitiers.

Les recommandations rappellent que l'équilibre alimentaire se construit sur le **long terme** et non sur un seul repas, d'où la demande d'élaborer des plans de menus sur 20 repas successifs et non pas sur une seule journée.

4- Installation de l'Observatoire de la qualité alimentaire

La mise en place de l'OQALI fait suite aux résultats de l'étude de faisabilité et de préfiguration réalisée par l'Institut national de la recherche agronomique (INRA) et par l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) à la demande des trois ministères concernés (agriculture et pêche ; santé, jeunesse et sports ; économie, finances et emploi).

→ Cet observatoire aura pour objectif de **suivre l'évolution de la qualité de l'offre alimentaire, sur le plan nutritionnel** (composition nutritionnelle, taille des portions...) **et sur le plan socio-économique** (prix, segments de marché...).

Il permettra d'effectuer notamment la surveillance des engagements nutritionnels des acteurs économiques conformément à ce qui est prévu dans le PNNS2.

Il s'agira d'une structure sans personnalité juridique pour une durée de deux ans, sous la responsabilité conjointe de l'INRA et de l'AFSSA qui la mettent en œuvre en lien avec les professionnels des secteurs alimentaires. Il pourra évoluer vers un Groupement d'Intérêt Public.

Une convention cadre est en cours de signature entre les services des ministères concernés (direction générale de l'alimentation – DGAL -, direction générale de la santé – DGS - et direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes - DGCCRF), l'INRA et l'AFSSA.

La DGAL et la DGS verseront chacune 450 000 euros en 2008.

IV- **Evaluation des messages sanitaires accompagnant les publicités de l'industrie agro-alimentaire**

1- Synthèse de l'évaluation des messages sanitaires accompagnant les publicités de l'industrie agro-alimentaire

L'étude sur l'impact des messages sanitaires apposés sur les publicités alimentaires réalisée, à la demande de la Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, par l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) auprès d'enfants, d'adolescents et d'adultes montre une bonne reconnaissance des messages et un impact favorable sur les comportements alimentaires.

- **87 % des Français accueillent favorablement les messages sanitaires insérés dans les publicités alimentaires,**
- 70 % d'entre eux les ont mémorisés et ce quelques mois seulement après leur mise en place en février 2007,
- 79 % pensent que c'est un bon moyen de sensibiliser les personnes à l'importance d'une alimentation équilibrée.

→ Une bonne reconnaissance des messages sanitaires mais aussi des messages publicitaires

87% des 15 ans et plus accueillent favorablement la mesure d'insertion des messages sanitaires dans les publicités alimentaires et ils sont 70 % à attribuer ces messages sanitaires aux pouvoirs publics, essentiellement au Ministère en charge de la Santé (60%).

71% des personnes interrogées se souviennent avoir vu, lu ou entendu ces messages dans les derniers mois (principalement à la TV).

Les femmes de moins de 50 ans sont plus nombreuses à s'en souvenir et 70% des personnes les ont bien mémorisés et sont capables d'en restituer au moins un spontanément, sur les quatre diffusés.

74 % des enfants apprécient les messages écrits et 86% les messages « mis en scène » à l'initiative de certaines chaînes de TV. La capacité de rémanence des messages montre à l'inverse que la publicité pour les aliments est également efficace.

Le message relatif à la promotion de la consommation de 5 fruits et légumes par jour est le plus souvent cité spontanément chez les adultes et les enfants, suivi des messages sur la limitation du grignotage et de la consommation de produits trop gras, trop sucrés et trop salés. 90% des personnes interrogées les reconnaissent (de 82 à 98% selon le message. Cf. tableau ci-dessous).

Les enfants de 8 à 14 ans s'en souviennent mieux que leurs aînés avec environ 10 points de reconnaissance en plus.

Messages sanitaires	Adultes	Enfants
Au moins 5 fruits et légumes	93%	98%
Eviter de manger trop gras, trop sucré, trop salé	87%	96%
Pratiquez une activité physique régulière	83%	90%
Eviter de grignoter entre les repas	82%	91%

Les messages sanitaires sont considérés comme très clairs et très faciles à comprendre par près de la totalité de la population (97%), d'autant que les personnes interrogées se sentent majoritairement concernées pour elles-mêmes, leur famille ou leurs proches.

Toutefois **quelques problèmes de confusion entre le message sanitaire et le produit promu apparaissent**. En effet, alors que le message sanitaire apposé sur la publicité n'est pas nécessairement en rapport avec le produit promu, une majorité de Français de 15 ans et + (60%) pensent l'inverse, c'est-à-dire que le message affiché serait adapté au produit promu. Ainsi, interrogés sur des publicités précises comme par exemple un yaourt aux fruits avec le message « pour votre santé, mangez au moins 5 fruits et légumes par jour », 44% pensent à tort que ce yaourt fournit une portion de fruits pour la journée.

→ Un impact favorable sur les comportements alimentaires déclarés

Questionnés sur l'impact de ces messages sur leur comportement alimentaire et d'achat, **21% des 15 ans et plus déclarent avoir changé leurs habitudes alimentaires et 17% leurs habitudes d'achat de produits alimentaires ou de boissons.**

Tous déclarent au minimum consommer davantage de fruits et légumes. L'incitation au changement de comportement est plus importante chez les adultes (plus de 15 ans) petits consommateurs de fruits et légumes et chez ceux qui grignotent.

Si les femmes reconnaissent à 48% que ces messages les incitent à réfléchir sur ce qu'elles mangent, les hommes, eux, ne sont que 37%.

→ L'influence de la publicité sur les enfants

Les 400 enfants interrogés dans le cadre de cette enquête sont 47%, dans la tranche des 8-14 ans, à dire que les publicités qu'ils regardent leur donnent envie de manger ou de boire.

62% d'entre eux demandent par ailleurs à leurs parents d'acheter les produits dont ils ont vu la promotion à la télévision, ce que reconnaissent 62% des parents.

91% des enfants interrogés déclarent obtenir ce qu'ils ont demandé.

→ Des perceptions différentes selon la corpulence des personnes interrogées

De façon générale, on constate que la perception des messages sanitaires est plus négative chez les personnes obèses³ et /ou se considérant trop grosses, que dans la population générale.

En effet 24% des personnes obèses trouvent ces messages culpabilisants, contre seulement 13% des personnes ayant un poids « normal »⁴.

De même 28% des personnes se considérant beaucoup trop grosses trouvent ces messages culpabilisants, 14% estiment que ces messages sont sources d'angoisse pour elles.

Celles qui se considèrent « à peu près du bon poids » ne sont par contre que 10% à les trouver culpabilisants et 6% à y voir une source d'angoisse.

Enquête réalisée du 1er au 17 octobre 2007 en face-à-face auprès d'un échantillon représentatif de la population française âgée de 15 ans et plus de 1063 personnes et d'un échantillon national représentatif de la population française âgée de 8 à 14 ans de 400 enfants. Échantillons construits selon la méthode des quotas appliquée aux variables suivantes : sexe, âge, CSP du chef de famille après stratification par région et catégorie d'agglomération.

³ C'est-à-dire dont l'indice de masse corporelle (IMC = poids divisé par la taille au carré) est supérieur à 30. les poids et tailles sont ceux déclarés par les personnes interrogées.

⁴ C'est-à-dire dont l'IMC est compris entre 18,5 et 24,9.