



Inspection générale
des Finances

N°2008-M-002-01

Inspection générale
des Affaires sociales

N° RM 2008-073

RAPPORT

sur

**la pertinence et la faisabilité
d'une taxation nutritionnelle**

Établi par

Véronique Hespel
Inspectrice générale des Finances

Marianne Berthod-Wurmser
Membre de l'Inspection générale des
Affaires sociales

- JUILLET 2008 -

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE LES ELEMENTS DU CONTEXTE.....	2
I. LES ENSEIGNEMENTS DES TRAVAUX SCIENTIFIQUES SUR LES LIENS ENTRE LA NUTRITION ET LES MALADIES CHRONIQUES.....	2
A. LES CONSTATS RELATIFS AU SURPOIDS ET À L'OBÉSITÉ	3
B. LES CONSTATS RELATIFS AU DIABÈTE DE TYPE 2.....	6
C. LES CONSTATS RELATIFS AUX MALADIES CARDIOVASCULAIRES.....	6
D. LES CONSTATS RELATIFS AU CANCER	7
E. LES ENSEIGNEMENTS GLOBAUX À TIRER DE CES ANALYSES	8
II. CES DONNÉES ONT CONDUIT LES PAYS EUROPEENS ET LA FRANCE À RÉAGIR.....	9
A. L'ÉTAT DE LA QUESTION AU NIVEAU EUROPÉEN.....	9
1. <i>La situation épidémiologique dans les pays occidentaux.....</i>	9
2. <i>La politique de l'Union européenne.....</i>	10
B. LA MISE EN PLACE EN FRANCE D'UNE NOUVELLE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE EN MATIÈRE DE NUTRITION AU TOURNANT DES ANNÉES 2000.....	11
1. <i>La mise au point de 9 objectifs nutritionnels prioritaires dans le cadre du PNNS.....</i>	12
2. <i>La mise en place d'une palette d'outils diversifiés pour atteindre ces objectifs.....</i>	13
III. LA SITUATION FRANÇAISE EN 2006 NE PARAÎT PAS OPTIMALE	14
A. LES CONSOMMATIONS ALIMENTAIRES DES FRANÇAIS À TRAVERS LES STATISTIQUES ÉCONOMIQUES DE L'INSEE.....	14
1. <i>Les caractéristiques de l'évolution de la consommation alimentaire à domicile depuis 1960</i>	14
2. <i>Le poids croissant de la consommation hors domicile dans la consommation alimentaire totale des ménages.....</i>	18
B. LE DIAGNOSTIC POSÉ PAR LES ENQUÊTES NUTRITIONNELLES SUR LA SITUATION EN 2006 ..	20
1. <i>Le résultat des enquêtes nutritionnelles</i>	20
2. <i>Le diagnostic qui ressort de ces enquêtes</i>	21
C. LES DONNÉES SUR LA PRÉVALENCE DES TROUBLES ET PATHOLOGIES ASSOCIÉES AUX DÉSÉQUILIBRES DE L'ALIMENTATION.....	22
1. <i>Les données concernant le surpoids et l'obésité</i>	23
2. <i>La prévalence du diabète, de l'hypertension et de la dyslipidémie.....</i>	25
3. <i>La prévalence et l'évolution des cancers associés à l'alimentation et à l'alcool</i>	28
D. ÉVALUATION DU « COÛT D'UNE ALIMENTATION DÉSÉQUILIBRÉE », POUR L'ASSURANCE MALADIE.....	28
1. <i>Les problèmes de méthode</i>	28
2. <i>Les études sur le « coût de la surcharge pondérale »</i>	29
3. <i>L'évaluation du coût des pathologies cancéreuses « attribuable » à une surcharge pondérale et à l'alcool</i>	30
4. <i>Les coûts de traitement du diabète, de l'hypertension et du cholestérol:</i>	31
5. <i>Synthèse des enseignements retirés par la mission de ces différents éléments d'information.....</i>	33

DEUXIEME PARTIE LA DÉFINITION DES MODALITÉS D'UNE ACTION PAR LA VOIE FISCALE..... 35

I. UNE RÉFORME A PRIORI DÉLICATE 35

- A. LA FAIBLE PRISE EN COMPTE DES PRÉOCCUPATIONS NUTRITIONNELLES DANS LE DISPOSITIF ACTUEL 35
1. *La définition du principal impôt qui pèse aujourd'hui sur les consommations alimentaires au sens large, la TVA, ne prend pas en compte une logique de santé publique..... 35*
 2. *Les droits d'accises sur l'alcool, dont le produit a été affecté au financement de la Sécurité Sociale, pèsent de plus en plus marginalement sur le prix de vente de celui-ci..... 37*
 3. *Les initiatives fiscales récentes dans le secteur alimentaire n'ont pas toutes pris en compte le souci d'un meilleur équilibre nutritionnel..... 38*
- B. LES GRANDES DIFFICULTÉS D'UNE RÉFORME DE LA FISCALITÉ ALIMENTAIRE NE SAURAIENT ÊTRE SOUS-ESTIMÉES..... 39
1. *L'alimentation est un sujet symbolique et médiatique..... 39*
 2. *Le secteur alimentaire est un important vecteur de la compétitivité et de l'emploi en France 41*
- C. L'EFFICACITÉ NUTRITIONNELLE ET L'ÉQUITÉ D'UNE ACTION FISCALE SUR LA NUTRITION MÉRITENT DISCUSSION 43
1. *Les études sur les élasticité prix n'apportent pas de certitude sur les effets des prix sur les comportements alimentaires..... 44*
 2. *On ne peut exclure que la mesure ait une faible efficacité en termes nutritionnels et des effets sociaux dommageables 45*
 3. *Ces considérations peuvent être pesées au regard d'autres arguments..... 46*
- D. LES CONTRAINTES JURIDIQUES ET TECHNIQUES D'UNE RÉFORME DE LA FISCALITÉ DES PRODUITS ALIMENTAIRES À BUT NUTRITIONNEL..... 49
1. *Des contraintes attachées à l'action fiscale à prendre en compte 49*
 2. *Des contraintes attachées au caractère nutritionnel de la taxation..... 51*

II. UNE CLARIFICATION NÉCESSAIRE DES OBJECTIFS ET DES MODALITÉS DE LA REFORME..... 52

- A. LES OBJECTIFS D'UNE RÉFORME DOIVENT ÊTRE CLARIFIÉS 52
1. *Le but essentiel de la réforme envisagée ne peut être que de contribuer au rééquilibrage de l'assurance maladie 52*
 2. *La politique de prévention définie par le PNNS doit être réaffirmée et renforcée parallèlement à l'effet de signal opéré par l'outil fiscal qui ne peut que rester ponctuel..... 53*
 3. *Les aspects économiques et sociaux d'un tel prélèvement doivent être pris en compte dans la définition de l'assiette 54*
 4. *Ces diverses considérations conduisent à recommander l'utilisation de la fiscalité indirecte existante..... 55*
- B. UN NÉCESSAIRE PRAGMATISME DOIT INSPIRER SES MODALITÉS..... 55
1. *La révision des droits d'accises sur les boissons 56*
 2. *Les produits alimentaires susceptibles de faire l'objet d'une remise en cause du taux normal de TVA..... 58*
 3. *Le choix de l'assiette taxable doit rester circonscrit, lisible et cohérent pour les consommateurs..... 60*
- C. UNE RÉFLEXION SPÉCIFIQUE SUR LE DÉVELOPPEMENT DU « SNACKING » ET DES PLATS PRÊTS À ÊTRE CONSOMMÉS DEVRAIT ÊTRE ASSOCIÉE À LA BAISSÉ PRÉVUE DES TAUX DE TVA DANS LA RESTAURATION..... 61
1. *Des modifications profondes affectent les consommations hors domicile et se traduisent par un accroissement des consommations de « snacking » et de plats préparés prêts à être consommés 61*
 2. *La situation appelle une réflexion renouvelée sur les options fiscales 62*

CONCLUSION.....66

INTRODUCTION

Par une lettre du 7 janvier 2008, la Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, le Ministre du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique et la Ministre de l'Économie, des Finances et de l'Emploi ont chargé l'Inspection générale des Finances et l'Inspection générale des Affaires sociales de l'élaboration conjointe d'un rapport au Parlement sur la pertinence et la faisabilité d'une contribution assise sur les produits trop gras, trop sucrés ou trop salés¹.

L'objectif fixé consistait à :

- évaluer précisément les coûts pour l'assurance-maladie liés à la consommation excessive de produits trop gras, trop sucrés, trop salés,
- étudier l'efficacité que pourrait avoir la mise en place d'une contribution sur ces produits, en particulier sa capacité à favoriser une modification des comportements et un meilleur équilibre alimentaire,
- présenter les options sur le contour et les modalités de mise en œuvre de cette contribution éventuelle.

Il était précisé que la mission conjointe désignée pourrait solliciter dans leurs domaines d'attribution les diverses administrations compétentes et plus particulièrement la direction de la sécurité sociale : celle-ci avait en effet animé en 2005-2006 un groupe de travail inter administratif déjà chargé, à la demande du ministre de la santé et du ministre de l'économie, de réfléchir à la mise en place d'une taxe sur les produits trop gras, trop salés ou trop sucrés, dite « taxe nutritionnelle ».

Quatre mois d'enquête ont été fixés aux trois rapporteurs désignés à la mi-février pour réaliser ces travaux : Mme Véronique Hespel, Inspectrice générale des Finances, Mme Bernadette Roussille, Inspectrice générale des affaires sociales et Mme Marianne Berthod-Wurmser, chargée de mission à l'Inspection générale des affaires sociales². Celles-ci ont pu prendre connaissance d'une documentation abondante et diversifiée et rencontrer un grand nombre d'acteurs³.

Le présent rapport rend compte de la synthèse des constats de cette mission, dont le détail figure dans les annexes jointes⁴. Il présente en premier lieu les éléments de contexte pouvant expliquer pourquoi la question de la création d'une contribution sur les produits trop sucrés, trop gras et trop salés peut se poser. Il analyse en second lieu les diverses options d'une action fiscale et leur faisabilité.

¹ Lettre jointe en annexe I.

² M. Jérôme Chevalier Inspecteur adjoint des finances leur ayant apporté un concours technique pendant quatre semaines.

³ Liste des personnes rencontrées en annexe II.

⁴ Annexe III « Données scientifiques sur les liens entre la nutrition et les maladies chroniques ».

Annexe IV « Données relatives aux politiques et à la situation nutritionnelle en France ».

Annexe V « Données économiques relatives aux consommations et dépenses alimentaires en France ».

Annexe VI « Données relatives aux coûts pour l'assurance maladie de quelques pathologies liées à l'alimentation ».

Annexe VII « Données fiscales ».

Annexe VIII « Données relatives à l'assiette d'une taxation à but nutritionnel ».

Annexe IX « Données relatives à l'élasticité prix des consommations de produits alimentaires ».

PREMIERE PARTIE

LES ÉLÉMENTS DU CONTEXTE

Les progrès de productivité accomplis depuis cinquante ans par les techniques agricoles et agroalimentaires et ceux des transports et des échanges ont permis de modifier significativement la donne alimentaire mondiale et de mettre à la disposition d'un plus grand nombre d'individus une alimentation plus diversifiée à moindre coût. Alors que la population mondiale augmentait, la sous-nutrition a reculé, sans pour autant disparaître, loin de là : près de 30% de l'humanité souffre encore de l'une ou l'autre des carences associées à la sous-nutrition selon la FAO et l'OMS⁵. La flambée actuelle des prix alimentaires mondiaux ravive au demeurant les inquiétudes sur une pénurie des produits alimentaires dans les pays les plus pauvres.

Mais, depuis le début des années quatre-vingt-dix, ces mêmes organisations internationales ont aussi alerté l'opinion et les gouvernements sur un autre aspect préoccupant de cette nouvelle donne alimentaire : l'accès ouvert, pour de plus bas prix et en plus grandes quantités, à des produits alimentaires déséquilibrés du point de vue nutritionnel, conjugué à une plus grande sédentarité des modes de vie, est à l'origine d'une « épidémie mondiale d'obésité » et du développement des maladies chroniques associées à l'alimentation dans tous les pays et plus particulièrement pour les groupes sociaux les plus pauvres⁶.

Avant de présenter les caractéristiques de la situation française, il a paru utile de présenter les principaux enseignements qui se dégagent de ces travaux scientifiques internationaux sur les liens entre l'alimentation et la santé et de dresser l'état des initiatives prises par l'Union européenne et la France devant la situation épidémiologique constatée.

I. LES ENSEIGNEMENTS DES TRAVAUX SCIENTIFIQUES SUR LES LIENS ENTRE LA NUTRITION ET LES MALADIES CHRONIQUES

L'état du consensus international sur le rôle de l'alimentation dans la survenance des pathologies est présenté dans un rapport publié en 2003 par l'OMS et la FAO « Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques ». Pour l'analyse des risques relatifs aux pathologies cancéreuses, ce travail de l'OMS s'est appuyé sur les travaux du Fonds de recherche international sur le cancer (World cancer research fund –WCRF) publiés en 1999 ; ces travaux sur le cancer, qui font autorité, ont été depuis lors actualisés par un nouveau rapport publié en 2007.

Ces rapports rendent compte des avis des comités d'experts réunis par l'OMS et le WCRF, qui reposent sur l'examen approfondi du degré d'évidence scientifique (convaincant, probable, possible, insuffisant) des milliers de travaux publiés dans le monde sur les liens entre les comportements alimentaires et le développement de diverses pathologies chroniques non transmissibles.⁷

⁵ Food and Agricultural Organisation. (Organisation des nations unies pour l'alimentation et l'agriculture) et Organisation Mondiale de la Santé.

⁶ Rapport de l'OMS « Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale ».

⁷ Sur la base d'une méthodologie décrite dans l'annexe III.

Ces travaux ont été complétés et nuancés pour la France par deux expertises importantes : celle réalisée par l'INSERM en septembre 2005 pour le compte de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé « Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge » ; celle réalisée par l'Académie nationale de médecine, l'Académie des sciences, le Centre international de recherche sur le cancer (OMS Lyon) avec le concours de l'Institut national du cancer et de l'Institut national de veille sanitaire sur « les causes du cancer en France », qui a donné lieu à un rapport publié fin 2007.

L'essentiel du constat d'ensemble est formulé dès les premières pages du rapport de l'OMS : *« Les denrées et produits alimentaires sont devenus des marchandises produites et négociées sur un marché qui, essentiellement local au départ, s'est progressivement mondialisé. **L'évolution observée dans l'économie alimentaire mondiale se retrouve dans les habitudes alimentaires, par exemple dans la consommation d'aliments à forte densité énergétique, à teneur élevée en graisses, en particulier saturées, et ne comportant guère de glucides non raffinés. En même temps, on constate une baisse de la dépense d'énergie, qui est associée à la sédentarité** ».*

« A cause de cette évolution, les maladies non transmissibles chroniques – notamment l'obésité, le diabète sucré, les maladies cardio-vasculaires, l'hypertension, les accidents vasculaires cérébraux et certains types de cancer – deviennent des causes de plus en plus importantes d'incapacité et de décès prématuré tant dans les pays en développement que dans les pays nouvellement développés, ce qui représente un poids supplémentaire pour des budgets de santé nationaux déjà surchargés ».

Après avoir analysé par grandes catégories d'aliments l'évolution des consommations alimentaires dans le monde, les experts expliquent, pathologie par pathologie, en quoi ces évolutions peuvent constituer des facteurs plus ou moins certains de risques ou de protection à l'égard des différentes pathologies chroniques évitables⁸.

A. Les constats relatifs au surpoids et à l'obésité

L'OMS retient pour définir le surpoids et l'obésité l'indice de Quetelet, indice de masse corporelle (IMC), qui est calculé en divisant le poids d'un individu par le carré de sa taille. Un IMC entre 18,5 et 25 kg/m² est considéré comme normal chez un adulte, entre 25 et 30 on parle de surpoids, au-delà de 30 on parle d'obésité⁹.

Selon l'OMS, un milliard de personnes sont en surpoids dans le monde, 300 millions sont atteintes par l'obésité et cette « épidémie », après avoir atteint les États-Unis (30% des Américains sont obèses) concerne une fraction croissante des populations des pays en développement, plus particulièrement en Inde et en Chine ; elle contribue à la croissance très rapide des maladies cardio-vasculaires, du diabète et de certaines formes de cancers dans le monde.

L'analyse des experts de l'OMS retient :

- comme facteurs de risques de l'obésité de niveau convaincant : les modes de vie sédentaires et un apport élevé d'aliments énergétiques pauvres en micro-nutriments¹⁰,
- comme facteurs de niveau probable : la promotion poussée des aliments énergétiques et des points de vente de fast-food, la consommation élevée de boissons gazeuses et sodas édulcorés au sucre et de jus de fruits ainsi que les mauvaises conditions socio-économiques (dans les pays développés notamment pour les femmes).

⁸ Les tableaux détaillés pour les quatre pathologies retenues par la mission sont joints en annexe III. L'encadré ci-après présente quelques notions de base sur la nutrition.

⁹ Un individu mesurant 1,70 mètre commence à être en surpoids à 72 kg et peut être considéré comme obèse à 87 kg.

¹⁰ Ou « produits à calories vides ».

Nutrition : de quoi s'agit-il ?

Les nutritionnistes étudient les déterminants d'une alimentation équilibrée : une alimentation est équilibrée quand elle apporte au corps :

- en premier lieu les nutriments énergétiques nécessaires pour équilibrer les dépenses énergétiques ;
- en deuxième lieu les nutriments non énergétiques tels que minéraux (notamment le calcium, le fer ou le sodium), vitamines et oligo-éléments, qui jouent un rôle de construction et/ou de protection de l'organisme.

Le respect de l'équilibre de la balance énergétique (apports égaux aux dépenses énergétiques) dans l'alimentation, exprimée en calories ou kilocalories est un déterminant fondamental de l'équilibre pondéral : un excès d'apport en calories par rapport aux besoins entraîne des risques de surpoids et de dérèglement du métabolisme.

Les besoins énergétiques individuels sont très variables, selon l'âge et d'autres caractéristiques personnelles et selon l'intensité de l'activité physique. Pour calculer la dépense énergétique totale d'un individu et le niveau des apports caloriques journaliers qui lui sont nécessaires, un nutritionniste calcule la dépense nécessaire au fonctionnement de son métabolisme de base et lui affecte un coefficient multiplicateur fonction de ses différentes activités physique pendant la journée. Ces coefficients multiplicateurs sur les activités physiques font l'objet de plusieurs méthodes de calcul¹¹.

L'INSERM indique : « *Bien que l'activité physique ne soit pas la composante la plus importante de la dépense énergétique totale (c'est le métabolisme de repos qui dépend essentiellement du poids, de la taille, de l'âge et du sexe), c'est la partie la plus modulable Un déséquilibre mineur de cette balance de l'ordre de 100 kcal/j conduit à une prise de poids annuelle de 5 kg et peut donc engendrer au fil du temps une obésité. En plus des conséquences énergétiques, il est reconnu qu'un faible niveau d'activité physique est associé avec une augmentation du risque de mortalité totale, de morbi-mortalité de cause cardiovasculaire, à une augmentation du risque d'hypertension artérielle, de diabète de type 2, de certains cancers ainsi qu'à une augmentation des états d'anxiété et de dépression. Les recommandations actuelles [de 30 minutes d'activité physique quotidienne¹² sont] des recommandations visant l'état de santé en général et notamment le risque cardiovasculaire, elles ne sont pas spécifiquement adaptées à la prévention du gain de poids et de l'obésité* »¹³.

En s'intéressant à l'équilibre énergétique, tous les nutritionnistes se penchent sur l'exercice physique et la sédentarité. C'est pourquoi, dans le Programme National Nutrition Santé (PNNS), **le mot « nutrition » est compris comme englobant la question des apports par l'alimentation et des dépenses énergétiques par l'activité physique.**

Les **nutriments énergétiques** sont apportés sous trois formes principales :

- **les glucides**, qui regroupent les sucres « complexes » présents dans le pain, le riz, les produits à base de céréales et les sucres « simples » présents dans les produits et boissons sucrés. 100 grammes de glucides apportent 400 kJcalories ;
- **les protéines**, qui peuvent être d'origine animale ou végétale et sont présentes dans les viandes, les œufs, les poissons, les produits laitiers, les céréales, les légumes secs. 100 grammes de protéines apportent 400 kJcalories. Les protéines, outre leur apport énergétique, ont de surcroît un rôle constructeur important dans l'organisme.

¹¹La méthode OMS conduit à estimer que les besoins caloriques du métabolisme de base d'un homme d'âge adulte, sédentaire et ne pratiquant aucun sport, doivent être multipliés par 1,45, tandis que ceux du même, pratiquant quatre heures de sport par semaine, seront affectés d'un coefficient d'1,73 (soit pour une dépense énergétique au repos de 2000 calories par jour, une dépense de 2 900 calories dans le premier cas et de 3 400 calories dans l'autre).

¹² On estime généralement qu'une demi-heure de marche rapide accroît de 100 à 150 kcal la dépense énergétique d'un adulte en France.

¹³ Expertise de l'INSERM « Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge » Septembre 2005.

- **Les lipides simples ou complexes**, présents dans des produits d'origine animale (viandes et produits laitiers) ou végétale (huiles et margarines d'arachide, de palme, d'olive, de tournesol, etc.). 100 grammes de lipides apportent 900 kcalories. Il convient de préciser que l'organisme se procure des lipides à partir des aliments mais peut aussi les synthétiser lui-même, notamment par transformation des glucides. Les graisses excédentaires sont stockées dans l'organisme.

L'alcool apporte, quant à lui, 7 calories par gramme (soit 700 kcal pour 100 grammes) et est donc l'un des nutriments les plus caloriques qui soient. Indépendamment de ses autres effets indésirables, il est rapidement transformable en énergie et bloque la transformation des autres nutriments énergétiques qui sont alors « stockés » (augmentation de la masse corporelle, notamment de la masse grasseuse).

Une alimentation doit également être diversifiée.

L'alimentation doit être diversifiée pour en outre apporter au corps les différentes vitamines, minéraux et oligo-éléments ou **micronutriments** non énergétiques, indispensables à l'organisme en quantité faible. Ces éléments se trouvent en particulier dans les fruits et légumes, mais aussi dans la plupart des aliments qui contribuent à l'apport énergétique, quelle que soit leur forme, sauf les produits désignés comme « à calories vides » par l'OMS¹⁴. Il convient de mentionner le rôle des **fibres**, qui ne sont pas des nutriments puisqu'elles ne sont pas digérées par l'organisme mais qui ont un rôle régulateur sur le transit intestinal en modifiant l'absorption des glucides, lipides et protéines. Elles sont présentes dans les produits céréaliers complets, certains fruits (noix, abricots, figues, pruneaux) et légumes (haricots secs, lentilles, pois)¹⁵.

Les nutritionnistes définissent l'équilibre optimal de ces divers nutriments dans l'alimentation du point de vue de leur apport calorique mais aussi des éléments essentiels et protecteurs pour notre santé et des doses limites à ne pas dépasser.

La traduction de ces recommandations nutritionnelles sur la consommation par aliment est plus complexe : aucun aliment ne contient tout ce qui nous est nécessaire en protéines, glucides, lipides, vitamines et minéraux, de même qu'aucun aliment n'est à proscrire complètement dans un régime alimentaire normal. Une « bonne » alimentation est donc avant tout variée et équilibrée.

L'OMS classe au niveau possible seulement les facteurs de risque que représentent les grandes portions et la proportion élevée d'aliments préparés.

Elle classe comme facteurs de protection contre le surpoids et l'obésité de niveau convaincant l'activité physique régulière et l'apport élevé de fibres alimentaires ; sont indiqués comme de niveau probable un environnement scolaire et familial qui encourage les enfants à choisir des aliments sains ainsi que l'allaitement au sein ; est estimée de niveau possible la consommation d'aliments à faible index glycémique (peu sucrés).

Ces constats sont largement repris par l'expertise collective de l'INSERM sur l'obésité et les divers rapports de l'AFSSA réalisés au cours de la période récente.

Il convient de noter que la question du rôle des glucides simples sur le surpoids et l'obésité fait l'objet, selon l'expression employée par le rapport de 2004 de l'AFSSA « *Glucides et santé : état des lieux, évaluation et recommandations* », "*d'une véritable cacophonie alimentaire*". L'AFSSA recommande que :

- « la consommation des glucides se fasse au sein de repas structurés (petit-déjeuner et goûter inclus) plutôt qu'en dehors des repas - il faut lutter contre le grignotage et l'incitation au grignotage d'aliments glucidiques ou lipido-glucidiques ;
- la consommation de glucides simples ajoutés soit modérée en veillant à limiter la taille des portions qui les apportent ;
- la consommation des glucides se fasse plutôt sous forme solide que liquide... ».

¹⁴ L'OMS précise que **ces aliments sont d'ordinaire les aliments transformés à haute teneur en matières grasses et/ou en sucres.**

¹⁵ Source : Larousse médical.

B. Les constats relatifs au diabète de type 2

L'OMS estime à 150 millions le nombre de diabétiques de type 2¹⁶ dans le monde et prévoit un doublement de la prévalence du diabète d'ici 2025. Autrefois maladie des personnes d'âge mûr et âgées, ce diabète s'est récemment répandu dans tous les groupes d'âge et on le décèle aujourd'hui dans des groupes d'âge de plus en plus jeunes, y compris des adolescents et des enfants, en particulier dans les populations à haut risque, c'est-à-dire particulièrement pauvres.

Les facteurs de risque jugés convaincants sont le surpoids et l'obésité, l'obésité abdominale, l'inactivité physique et le diabète maternel. La consommation de graisses saturées est signalée comme facteur de risque probable, avec le retard de croissance inter-utérin.

La pratique de l'exercice physique et la perte volontaire de poids des personnes en surpoids sont jugés comme des facteurs protecteurs convaincants à promouvoir.

C. Les constats relatifs aux maladies cardiovasculaires

Ce sont les maladies cardio-vasculaires (MCV) qui pèsent le plus lourd en termes de morbidité et de mortalité. L'OMS attribue actuellement un tiers de tous les décès dans le monde aux MCV.

Le tableau réalisé pour les MCV fait apparaître comme facteurs de risques accrus de niveau convaincant : le surpoids, la consommation excessive de sel, d'acides gras trans¹⁷ et d'acides myristiques et palmitiques¹⁸ ainsi que d'alcool ; il classe au niveau probable le cholestérol alimentaire¹⁹ et le café bouilli non filtré.

Le rapport classe comme facteurs de protection convaincants l'activité physique régulière, la consommation d'acide linoléique²⁰, la consommation de poissons et d'huiles de poisson, la consommation de fruits et légumes (y compris baies) et la consommation faible à modérée d'alcool (pour les cardiopathies coronariennes).

¹⁶ Le diabète, est une maladie chronique métabolique touchant la glycorégulation (régulation du sucre). Il est « facteur de risque » de complications pathologiques graves très diverses touchant les yeux, la circulation sanguine, les articulations. Le diabète de type 1 est d'origine génétique, il touche des gens jeunes, il n'est pas liée au régime alimentaire, il nécessite parfois le respect de prescriptions alimentaires et toujours un traitement par insuline. Le diabète de type 2 est celui qui nous intéresse ici : son apparition est liée à un régime alimentaire trop riche, poursuivi pendant plusieurs années et touche donc plutôt des personnes ayant déjà un certain âge. Il est souvent associé à d'autres pathologies comme hypertension et hypercholestérolémie. Le traitement du diabète de type 2 ne fait appel à l'insuline que pour une minorité de patients.

¹⁷ Les *acides gras trans* sont présents à l'état naturel dans les produits laitiers et, dans une proportion moindre, dans les graisses animales mais sont également générés par les technologies industrielles lors de l'hydrogénation des matières grasses (un procédé qui vise à les solidifier) ; ils ont pour effet de faire monter le mauvais cholestérol et baisser le bon.

¹⁸ Les *acides myristiques* sont des acides gras saturés communs, présents dans les produits laitiers. Les acides palmitiques sont également des acides gras saturés très communs, présents dans l'huile de palme mais aussi dans toutes les graisses animales et végétales (beurre, fromage, lait, viandes). Industriellement on utilise l'acide palmitique pour la fabrication de margarine.

¹⁹ Le *cholestérol alimentaire* est présent dans un certain nombre de graisses d'origine animale, plus particulièrement les abats, ainsi que dans les œufs y compris les œufs de poissons.

²⁰ On distingue l'*acide linoléique* et l'*acide alpha linoléique* : ces acides sont dits essentiels, car notre organisme ne peut les fabriquer mais ils sont indispensables aux réactions biochimiques du corps dans les domaines de l'immunité, de la coagulation et de l'inflammation : ces acides sont à l'origine des familles de composés oméga 6 pour les premiers et oméga 3 pour les seconds : **l'équilibre de ces acides est assuré quand le nombre d'oméga 6 (présents dans l'huile de tournesol, de maïs et de soja mais aussi la viande des animaux nourris de ces mêmes végétaux) ne dépasse pas 5 fois celui des oméga 3** (présents dans l'huile de colza et les poissons gras et plus rares dans les produits consommés usuellement).

D. Les constats relatifs au cancer

L'OMS souligne que le cancer est actuellement une cause majeure de mortalité partout dans le monde et, dans le monde en développement, il n'est en général dépassé que par les maladies cardio-vasculaires. Elle observe qu'à mesure que les pays en développement s'urbanisent, la situation concernant les cancers rejoint celle des pays économiquement développés, notamment pour les localisations les plus associées à l'alimentation comme le colon rectum²¹ ou le sein.

Le rapport de l'OMS reprend les conclusions d'un premier rapport établi par le WCRF en 1999. Sont classés comme facteurs de risque en lien avec l'alimentation :

- de niveau convaincant : le surpoids puis l'obésité (œsophage, côlon rectum, sein chez les femmes en post ménopause, endomètre, rein) ; l'alcool (cavité buccale, pharynx, larynx, œsophage, foie, sein) ; l'aflatoxine (foie)²² ; le poisson salé à la chinoise (rhinopharynx) ;
- de niveau probable : la viande en conserve (côlon rectum), les aliments conservés dans la saumure et sel (estomac) ; les boissons et aliments très chauds (cavité buccale, pharynx, œsophage).

Sont classés comme seul facteur de protection convaincant contre le cancer l'activité physique pour le cancer du côlon, et comme facteurs de protection probable les fruits et légumes (cavité buccale, œsophage, estomac, côlon rectum) et l'activité physique (sein).

Le WCRF et l'OMS estiment que « *le cancer est évitable par nutrition, activité physique et prévention de l'obésité de 30 à 40%* » dans les pays industrialisés²³, la nutrition n'étant dépassée que par le tabac en tant que cause théoriquement évitable de cancer et l'OMS insistant sur le rôle de l'alcool, comme deuxième facteur de risque derrière le tabac.

Le rapport de 2007 du WCRF lie six cancers à l'obésité : les intestins, le sein, le pancréas, l'œsophage, le rein et l'utérus. Ce travail de 2007 a conduit également à :

- reclasser en niveau convaincant les risques entraînés par la consommation de sel et des nourritures conservées dans du sel sur l'apparition des cancers de l'estomac ;
- classer la consommation excessive de viande rouge et de charcuterie comme facteur de risque « convaincant » pour le cancer du côlon. La consommation de charcuterie serait un facteur de risque accru « probable » pour les cancers de l'œsophage, du poumon, de l'estomac et de la prostate ;
- identifier comme probable le risque accru que pourrait faire courir la consommation de calcium pour le cancer de la prostate.

²¹ « Les taux d'incidence du cancer côlo-rectal sont environ dix fois plus élevés dans les pays développés que dans les pays en développement... L'argument selon lequel certains aspects de l'alimentation « occidentalisée » sont un déterminant majeur de risque recueille l'assentiment général » (OMS, rapport 2003).

²² L'aflatoxine est une mycotoxine produite par des champignons proliférant sur des graines conservées en atmosphère chaude : elle peut se développer sur de très nombreux aliments : noix, pistaches, amandes mais aussi soja, maïs ou blé, etc.

²³ En 1981, R. Doll et R. Peto, épidémiologistes avaient estimé (avec une fourchette d'incertitude de 10 à 70%) que 35% des décès par cancer aux États-Unis étaient liés à des facteurs nutritionnels et avaient ramené en 2005 cette estimation à 25% (avec une fourchette d'incertitude de 15 à 35%). Ces premières études constituent dans le domaine une référence historique ; les estimations ont continué de fluctuer depuis avec l'évolution des débats scientifiques.

Le rapport sur « les causes du cancer en France »²⁴ n'attribue, quant à lui, qu'une part de 9% aux facteurs liés à l'alimentation dans les causes de cancer en France : l'alcool en représenterait l'essentiel (7%), l'obésité et le surpoids 2% seulement. Selon ce rapport, pour la France, l'impact du facteur nutritionnel interviendrait donc très loin derrière l'alcool et surtout le tabac (24%).

Ce rapport considère par ailleurs que la consommation de viande et de charcuterie n'augmenterait que modérément le risque de cancer du côlon²⁵. Il estime enfin que l'effet protecteur contre le cancer de facteurs nutritionnels (teneur en fibres, quantité de fruits et légumes suffisante), considéré comme probable par le nouveau classement du WCRF, n'a pas été confirmé par les dernières enquêtes épidémiologiques²⁶.

E. Les enseignements globaux à tirer de ces analyses

Pour les quatre pathologies principales que sont l'obésité, le diabète de type II, les maladies cardiovasculaires et le cancer, les rapports de l'OMS et du WCRF établissent que jouent avec « certitude » pour au moins l'une des pathologies :

- **comme facteurs de risques** : l'apport énergétique excessif par rapport à la dépense, l'excès d'alcool, l'excès de sel, les acides gras saturés et les acides gras trans ; l'obésité et le surpoids apparaissent en soi comme facteurs de risque ainsi que la sédentarité. Le diabète maternel, le poisson salé « à la chinoise » et les aflatoxines sont également mentionnés en tant que tels, comme facteurs de risque du cancer ;
- **comme facteurs de protection** : l'acide linoléique, les poissons et huiles de poisson, les fruits et légumes, les fibres alimentaires, le potassium, le fer, les folates²⁷, les vitamines C et D et autres vitamines, la consommation faible à modérée d'alcool pour les coronaropathies.

Les experts de l'OMS formulent des recommandations spécifiques pour prévenir différentes pathologies, et des recommandations nutritionnelles générales pour la population mondiale. Ils insistent sur le fait que l'action de prévention **doit concerner tous les âges de la vie** et viser en priorité les catégories les plus démunies. Ils prennent soin de préciser que ces actions **doivent être adaptées pour correspondre à l'alimentation et aux populations locales ou nationales**.

Ces recommandations préconisent notamment (en % de l'énergie totale sauf indication contraire) dans les domaines intéressant directement la question posée à la mission :

- un apport limité en graisses (15 à 30% de l'énergie totale) notamment en acides gras saturés (10% de l'énergie totale) et en acides gras trans (1%) ;
- un apport en glucides totaux de 55 à 75%²⁸, les sucres libres²⁹ ne devant pas dépasser 10% ;

²⁴ Élaboré, rappelons le, par l'Académie nationale de médecine, l'Académie des sciences, le Centre international de recherche sur le cancer (OMS Lyon) avec le concours de l'Institut national du cancer et de l'Institut national de veille sanitaire et publié fin 2007.

²⁵ De fait pour la viande rouge, dont le niveau d'évidence est "convaincant" pour le WCRF sur le cancer colo rectal, les études de cohortes et les méta analyses établissent toutes un risque relatif > 1, mais dans une fourchette allant de 1,04 à 2,7. La relation dose/ réponse apparaît également, mais à partir de seuils différents et avec des pentes très variées.

²⁶ Contrairement à l'opinion exprimée et rappelée en annexe III.

-d'une part par l'expertise collective « *Les fruits et les légumes dans l'alimentation, enjeux et déterminants de la consommation* » INRA Novembre 2007.

-d'autre part par le rapport du Ministère de la santé, de l'Institut de veille sanitaire (INVS) et du Conservatoire National des Arts et métiers de 2003 intitulé « *Alimentation nutrition et cancer, vérités hypothèses et idées fausses* » ;

²⁷ Les folates désignent une forme complexe de l'acide folique ou vitamine B9. Les folates sont abondants dans les légumes verts à feuilles, les œufs et le foie. (Cf. Institut national du cancer in « alcools et risques de cancer »).

²⁸ Pourcentage d'énergie totale disponible après avoir pris en compte celle consommée sous forme de protéines et de graisses d'où cette fourchette étendue.

- un apport en sel limité à 5 grammes par jour (2 grammes étant la dose minimale nécessaire).

Pour ce qui concerne plus particulièrement les questions qui lui étaient posées, la mission a tiré les enseignements suivants :

- les pathologies chroniques sont avant tout multifactorielles ;
- la nutrition joue un rôle dans le développement de ces pathologies chroniques, dont la part est variable selon les pathologies, les pays et les populations ;
- le premier déterminant est l'équilibre alimentaire d'ensemble, indissociablement lié à l'activité physique, plutôt que telle ou telle composante particulière ;
- la surconsommation énergétique est facteur d'obésité et l'obésité et le surpoids sont eux-mêmes facteurs de risque d'autres pathologies ou troubles chroniques (tels que le diabète, l'hypertension et l'hyperlipidémie et les maladies cardio-vasculaires) ;
- la « causalité » de l'alcool sur le cancer et les maladies cérébro vasculaires est établie avec certitude. L'OMS fait cependant figurer cette substance, en consommation faible à modérée, comme protectrice des maladies coronaires ;
- le « trop salé » est facteur de risque avéré³⁰, établi pour les maladies cardiovasculaires et le cancer ;
- « le trop gras » l'est aussi, dans ses composants acides gras saturés et acides gras trans pour toutes les maladies cardiovasculaires et pour le diabète de type 2 ;
- le « trop sucré » est un facteur de risque « probable » mais les recommandations de modération sur le sucre simple sont très fermes.

II. CES DONNÉES ONT CONDUIT LES PAYS EUROPEENS ET LA FRANCE À RÉAGIR

Comme le souligne l'OMS, les pays développés et notamment l'Europe sont pour l'instant les premiers concernés par son diagnostic. Les divers pays européens, dont la France, ont été amenés à prendre conscience de l'importance du sujet au tournant des années 2000.

A. L'état de la question au niveau européen

1. La situation épidémiologique dans les pays occidentaux

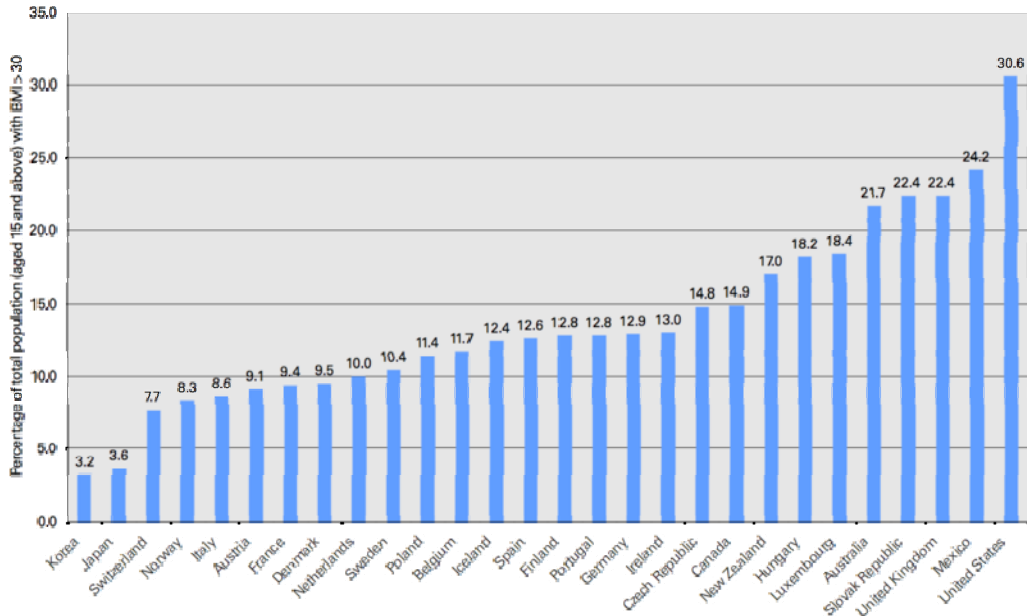
Les statistiques 2005 de l'OCDE font apparaître le pourcentage de la population obèse dans la population des divers pays occidentaux âgés de plus de 15 ans et notamment de ceux de l'Union européenne en 2001. Selon ces statistiques, aux États-Unis on compte 193 millions de personnes en surcharge pondérale (les deux tiers de la population), dont 90 millions d'obèses ; en Grande-Bretagne la surcharge pondérale concerne 37 millions de personnes (62% de la population) dont 13,7 millions d'obèses. La Grèce n'apparaît pas sur le tableau ci-dessous mais, malgré son fameux « régime crétois », elle compte 22% d'obèses et 57% de personnes en surpoids. La France paraît bien classée avec un taux qui était encore à l'époque de 9,4% d'obèses dans la population adulte.

²⁹ Ces sucres incluent pour l'OMS les monosaccharides et les disaccharides ajoutés aux aliments par le fabricant, le cuisinier ou le consommateur ainsi que les sucres naturellement présents dans le miel, les sirops et les jus de fruits.

³⁰ La relation entre le sel et la pression artérielle avait été rapportée dès 1904. cf. « HTA alimentation et modes de vie » Ministère de la santé 2003.

Mais ce tableau ne rend pas compte du développement extrêmement rapide du surpoids et de l'obésité infantile. Toutes les expertises montrant que les individus en surpoids dans l'enfance le seront pour la plupart à l'âge adulte et auront une espérance de vie moins élevée et cette tendance est le principal sujet de préoccupation en Europe comme en France. Il y a au sein de l'Union européenne plus de 5 millions d'enfants et adolescents touchés par l'obésité.

Graphique 1 : Pourcentage de la population obèse dans la population âgée de plus de 15 ans en 2001



Source : L'OCDE en chiffres en 2005

2. La politique de l'Union européenne

a) L'Union européenne est concernée en premier lieu au titre de la protection des consommateurs et de l'organisation de la libre circulation des denrées alimentaires.

En 2006, un règlement (CE) n°1924/2006 sur les allégations des fabricants de produits alimentaires concernant les qualités nutritionnelles et de santé de leurs produits a été adopté. Ce règlement est entré en vigueur en janvier 2007. Il harmonise les procédures nationales d'autorisation de produits alimentaires objets « d'allégations nutritionnelles et de santé » formulées dans les communications à caractère commercial.

Une allégation ne doit notamment être autorisée que si le produit satisfait par ailleurs à des critères (teneur en certaines substances, « profils nutritionnels », etc.) évitant que les consommateurs ne soient conduits, par ces allégations, à « opérer des choix qui influencent directement la quantité totale des différents nutriments ou autres substances qu'ils absorbent, d'une manière contraire aux avis scientifiques en la matière ».

Afin que le consommateur puisse évaluer leur qualité nutritionnelle globale, l'étiquetage nutritionnel est obligatoire pour les produits faisant l'objet d'allégations ; par ailleurs, un important travail est en cours pour définir des critères d'autorisation et la mise au point de « profils nutritionnels », qui doivent être définis par la Commission au plus tard le 19 janvier 2009.

Par ailleurs, à la suite d'une consultation du printemps 2006, la Commission examine actuellement les options de l'étiquetage nutritionnel ; elle étudie notamment s'il faut introduire l'étiquetage obligatoire et combien d'éléments nutritifs doivent figurer sur l'étiquette. L'Autorité européenne de sécurité des aliments (AESA) organise le travail d'expertise nécessaire.

De fait, la responsabilité de ces politiques (profils nutritionnels, étiquetage) passe clairement du niveau national au niveau européen.

b) La Commission a en outre défini en 2007 une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition

A maintes reprises le Conseil a lancé des appels à la Commission pour qu'elle entreprenne des actions dans le domaine de la nutrition³¹. Dans le Livre blanc qu'elle a publié en mai 2007, intitulé « *Une stratégie européenne pour les problèmes de santé, liés à la nutrition, à la surcharge pondérale et l'obésité* » la Commission propose différents axes stratégiques :

- développer les partenariats avec les organisations représentant l'industrie, les organismes de recherche et la société civile active dans les secteurs de la santé publique et de la protection des consommateurs (par l'intermédiaire du forum) pour échanger les « bonnes pratiques » ;
- améliorer l'information des consommateurs dans les deux domaines de l'étiquetage et des allégations nutritionnelles (cf. ci-dessus) ;
- promouvoir au sein de la PAC des objectifs en matière de santé publique : l'illustration fournie est la réforme de l'Organisation commune de marché pour les fruits et légumes, qui vise à encourager leur consommation dans certains milieux tels que les écoles ;
- encourager l'activité physique, notamment par les mesures relatives aux transports urbains et à l'action sportive ;
- développer la base de connaissances sur l'état de la situation et les liens entre l'alimentation et les pathologies chroniques dans le cadre notamment du septième programme cadre de recherche.

La Commission affirme la nécessité de développer une politique globale et cohérente tout en renvoyant aux États membres et à la concertation l'essentiel de la définition et de la mise en œuvre des politiques adaptées, selon le principe de subsidiarité des compétences.

B. La mise en place en France d'une nouvelle politique de santé publique en matière de nutrition au tournant des années 2000

Les Français se sont longtemps crûs protégés du phénomène décrit par l'OMS. Consommateurs de vins, de pain et de fromages, de cassoulets et de plats en sauce, ils détiennent, on le sait, un rang exceptionnel parmi les pays développés en matière d'espérance de vie : 77 ans pour les hommes et 84 ans pour les femmes en 2006³², ce qui a fait parler de « *french paradox* ». ³³

³¹ Conclusions du Conseil du 2 décembre 2002 sur l'obésité (JO C 11 du 17.1.2003, p. 3); du 2 décembre 2003 sur les modes de vie sains (JO C 22 du 27.1.2004, p. 1); du 2 juin 2004 sur la promotion de la santé cardiaque (communiqué de presse 9507/04 (Presse 163)); du 6 juin 2005 sur l'obésité, la nutrition et l'activité physique (communiqué de presse: 8980/05 (Presse 117)); du 5 juin 2006 sur la promotion des modes de vie sains et la prévention du diabète de type II (JO C 147 du 23.6.2006, p. 1).

³² La France occupe néanmoins un rang nettement plus modeste en termes de taux de mortalité évitable parmi les pays de l'Union européenne : elle se situe juste après les nouveaux adhérents et la Belgique (chiffres 2003) ; avant 65 ans, le taux de décès français est le double du taux anglais.

³³ Cf. notamment le récent livre de Claude Fischler et Estelle Masson « Manger. Français, Européens et Américains face à l'alimentation » (Odile Jacob. Novembre 2007) qui met en lumière l'importance des différences culturelles dans les comportements alimentaires.

Depuis la fin des années quatre-vingt dix, la solidité de ce « modèle français » a commencé de susciter quelques interrogations, notamment à travers les travaux du Haut comité de la santé publique publiés au début de l'année 2000³⁴.

La nutrition a été le thème de santé publique prioritaire proposé par la présidence française de l'Union européenne en 2000 et cette situation a conduit à la mise en place par les pouvoirs publics d'un ambitieux « Programme National sur la Nutrition Santé » (PNNS) en 2001 (PNNS1), prolongé par un deuxième plan adopté en 2006 pour la période 2006-2010 (PNNS 2)³⁵.

Des mesures législatives et réglementaires ont complété le dispositif : reprise des principaux objectifs du PNNS par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, retrait des distributeurs automatiques de boissons et de produits alimentaires payants dans les écoles et introduction de messages sanitaires³⁶ dans les publicités alimentaires " *en faveur des boissons avec ajouts de sucre, de sel ou d'édulcorant de synthèse et des produits alimentaires manufacturés* ", sauf si l'émetteur choisit de verser à l'INPES une contribution de 1,5% des sommes destinées à l'émission et à la diffusion de ces messages.³⁷

1. La mise au point de 9 objectifs nutritionnels prioritaires dans le cadre du PNNS

Établis dans le but d'améliorer l'équilibre nutritionnel de la population, ils sont indissociables. Ils concernent les apports nutritionnels, l'exercice physique, et certains marqueurs de l'état nutritionnel. Figurent en italiques les objectifs qui ont trait au « gras, sucré, salé » et à l'alcool.

a) Objectifs portant sur des modifications de la consommation alimentaire

- augmentation de la consommation de fruits et légumes : réduction du nombre de petits consommateurs³⁸ de fruits et légumes d'au moins 25% (soit environ 45% de la population) ;
- augmentation de la consommation de calcium afin de réduire de 25% la population des sujets ayant des apports calciques en dessous des Apports nutritionnels conseillés (ANC), associée à une réduction de 25% de la prévalence des déficiences en vitamine D ;
- *réduction de la moyenne des apports lipidiques totaux à moins de 35% des apports énergétiques journaliers, avec une réduction d'un quart de la consommation des acides gras saturés au niveau de la moyenne de la population (moins de 35% des apports totaux de graisses)*
- *augmentation de la consommation de glucides afin qu'ils contribuent à plus de 50% des apports énergétiques journaliers, en favorisant la consommation des aliments sources d'amidon, en réduisant de 25% la consommation actuelle de sucres simples ajoutés, et en augmentant de 50% la consommation de fibres ;*
- *réduction de la consommation d'alcool qui ne devrait pas dépasser 20 g/jour chez ceux qui consomment des boissons alcoolisées*³⁹.

³⁴ Rapport 2000 du Haut comité de la santé publique : « Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France : enjeux et propositions ».

³⁵ On se reportera à l'annexe IV pour la présentation détaillée de ce plan d'action et du bilan qui a pu en être dressé à l'occasion du lancement du PNNS 2.

³⁶ Ainsi les cinq principaux messages nutritionnels du PNNS et notamment celui qui indique « évitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé ».

³⁷ Article 30 de la LPSP, Article L 2133-1 du CSP. Décret n° 2007-263 du 27 février 2007 et arrêté du même jour.

³⁸ Un petit consommateur de fruits et légumes est défini comme consommant quotidiennement moins d'une portion et demi de fruits et moins de deux portions de légumes (pommes de terre exclues).

³⁹ PNNS 2 précise : Diminuer la consommation annuelle d'alcool par habitant de 20% afin de passer en dessous de 8,5 l/an/habitant.

b) Objectifs portant sur des modifications des marqueurs de l'état nutritionnel

- réduction de 5% de la cholestérolémie moyenne (LDL-cholestérol) dans la population des adultes ;
- réduction de 2-3 mm de Hg de la moyenne de pression artérielle systolique chez les adultes ;
- réduction de 20% de la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m²) chez les adultes (*atteindre une prévalence inférieure à 33%*) et interruption de l'augmentation de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants.

c) Objectif portant sur la modification de l'hygiène de vie en relation avec l'alimentation

- augmentation de l'activité physique dans les activités de la vie quotidienne par une amélioration de 25% du pourcentage des personnes, *tous âges confondus*, faisant l'équivalent d'au moins 1/2 h de marche rapide par jour.

Par ailleurs, la réduction de la consommation de sel qui figurait dans la loi de santé a été introduite dans le PNNS 2 « réduire la consommation moyenne de chlorure de sodium (sel) à moins de 8 grammes par personne et par jour ».

Ces objectifs ont été déclinés en recommandations accessibles à tous⁴⁰.

2. La mise en place d'une palette d'outils diversifiés pour atteindre ces objectifs

Il n'entrait pas dans l'objet de la mission de dresser le panorama des diverses actions (90 recensées) engagées dans le PNNS 1 par les pouvoirs publics, ni d'en dresser l'évaluation (le bilan en a d'ailleurs été fait par les organismes compétents désignés par les pouvoirs publics et de façon externe par la Cour des comptes)⁴¹.

Les plus importantes dispositions ont consisté en :

- le lancement d'importantes campagnes de communication sur les recommandations du PNNS ;
- le développement d'actions ciblées sur certains publics en lien avec les collectivités locales (restaurations scolaires, publics démunis notamment) ;
- l'engagement d'une concertation avec les industriels, avec notamment dans le cadre du PNNS 2 le lancement de l'exercice des « chartes d'engagement nutritionnel » qui visent par une action concertée avec les acteurs de la filière agroalimentaire à améliorer l'information et la composition nutritionnelle des produits commercialisés ;
- la mobilisation de l'expertise d'organismes multiples de recherche ou d'intervention (INRA, INSERM, AFSSA, INVS, INPES) ;
- et enfin, sur la période récente, la concertation engagée sur la limitation de la publicité télévisée à l'égard des enfants.

⁴⁰ Cf. en annexe IV repères de consommation correspondant aux objectifs du PNNS.

⁴¹ Cf. en annexe IV précisions sur le contenu des actions du PNNS.

III. LA SITUATION FRANÇAISE EN 2006 NE PARAÎT PAS OPTIMALE

Pour poser le diagnostic de la situation française et l'éventuelle pertinence d'une action complémentaire à celles déjà définies par le PNNS 2 par la taxation des produits trop gras, trop sucrés et trop salés, la mission a utilisé trois sources d'information : les statistiques de l'INSEE sur l'évolution des consommations alimentaires, les enquêtes nutritionnelles et diverses enquêtes et études visant à évaluer la prévalence des troubles et pathologies chroniques, liées aux déséquilibres de l'alimentation ainsi que les dépenses en résultant pour l'assurance maladie.

A. Les consommations alimentaires des Français à travers les statistiques économiques de l'INSEE

Il est rendu compte en annexe des éléments d'information et de calcul utilisés par la mission⁴², dont les principaux enseignements seront ici rappelés.

1. Les caractéristiques de l'évolution de la consommation alimentaire à domicile depuis 1960

a) La part des dépenses alimentaires des ménages dans leur consommation totale a fortement décru depuis 1960 mais continue de croître en volume sur la période récente

Les dépenses consacrées par les ménages à l'alimentation à domicile se sont élevées au total en 2006 à 150 591 M€, dont 125 475 M€ pour les produits alimentaires proprement dits, 10 688 M€ pour les boissons non alcoolisées et 14 428 M€ pour les boissons alcoolisées. Elles ne représentent plus que 11,65% de leur consommation effective⁴³ et 17,90% de leurs dépenses⁴⁴ en 2006 contre 25,70% et 31,55% en 1960.

Il ressort des informations détaillées en annexe V que :

- la consommation en volume⁴⁵ de produits et boissons alimentaires (+157%) a cru plus vite que la population (+34%) depuis 1960 ; cette progression a été cependant moitié moindre que celle de l'ensemble des dépenses marchandes des ménages sur la période ;
- depuis 1990, ces évolutions en volume font apparaître la progression particulièrement rapide entre des boissons non alcoolisées (+54%) par rapport à celle des produits alimentaires (+15%), la progression des boissons alcoolisées (+14%) restant quant à elle très soutenue ;
- l'évolution des prix des consommations alimentaires a été sur la période 1960-2006 de 20% inférieure à celle de l'ensemble des dépenses des ménages mais, sur la période 2000-2006, cela n'est plus vrai : l'évolution des prix des seuls produits alimentaires (+14%) a été plus rapide que celle des dépenses des ménages (+11% selon les comptes nationaux)⁴⁶.

⁴² Cf. annexe V pour les données détaillées.

⁴³ Après imputation sur la dépense proprement dite des ménages des dépenses de loyers attribuées aux ménages propriétaires de leurs logements et des dépenses en SIFIM (services intermédiaires financiers) indirectement mesurés et après prise en compte des dépenses des administrations publiques (APU) au titre des ménages (éducation, santé).

⁴⁴ Hors les imputations statistiques, énumérées ci-dessus qui servent à déterminer en comptabilité nationale la dépense effective des ménages.

⁴⁵ L'INSEE précise l'acception de la notion de volume : « Outre l'augmentation des quantités de certains produits, la croissance en volume de la dépense alimentaire par habitant résulte d'un **effet qualité** : les consommateurs ont reporté une partie de leur demande vers des produits élaborés puis vers des biens de meilleure qualité, souvent onéreux » INSEE Première n°846 Mai 2002 La consommation alimentaire depuis quarante ans

⁴⁶ Et ceci, avant la flambée des prix alimentaires, intervenue sur la période plus récente, étant précisé que la mission a appuyé son diagnostic d'ensemble sur l'année 2006, les informations relatives à 2007 n'étant pas stabilisées lors du déroulement de ses travaux.

b) La répartition de la consommation de produits alimentaires s'est substantiellement modifiée

Le tableau ci après présente l'évolution des consommations en prix et volume des produits alimentaires stricto sensu, regroupés par *fonction de consommation*⁴⁷ :

Tableau 1 : Évolution des consommations à domicile de produits alimentaires 1960-2006

Évolutions par fonction de consommation	valeur 2006 en M€	Évolutions en valeur			évolutions en volumes			évolutions en prix		
		1960-2006 (multiplificateur arrondi)	1990-2006	2000-2006	1960-2006	1990-2006	2000-2006	1960-2006	1990-2006	2000-2006
Produits alimentaires	125 475	18	47%	20%	157%	15%	5%	646%	28%	14%
Pain et céréales	18 542	16	50%	18%	57%	12%	5%	963%	34%	12%
Viandes	36 024	16	36%	18%	147%	4%	0,3%	606%	30%	18%
Poissons et crustacés	10 744	36	59%	21%	203%	16%	6%	1119%	37%	14%
Lait, fromages et œufs	18 725	24	45%	18%	334%	26%	9%	481%	15%	8%
Huiles et graisses	3 274	6	15%	6%	39%	-14%	-7%	407%	34%	15%
Fruits	9 416	17	51%	32%	145%	19%	11%	644%	27%	20%
Légumes	13 812	15	48%	23%	115%	19%	6%	662%	24%	17%
Sucre, confitures, miel, chocolat et confiserie	10 026	27	66%	25%	264%	30%	12%	660%	27%	11%
Sel, épices, sauces et produits divers.	4 913	35	92%	25%	470%	42%	11%	540%	35%	14%
Total dépenses des ménages ⁴⁸	982 932	36	77%	27%	320%	35%	15%	790%	32%	11%

Source : INSEE Comptes nationaux (Base 2000) Séries détaillées par fonction de la consommation des ménages

Il en ressort les principaux enseignements suivants sur les évolutions **en volume**.

- **Sur longue période**, les progressions en volumes les plus fortes ont concerné les poissons (+203%), les produits sucrés (+264%) les produits laitiers (+334%) et les produits divers, tels que condiments, sauces, préparations diverses (+470%); la croissance en volume a été nettement moins forte pour le pain et les céréales (+57%) ou les huiles et graisses (+39%) que la moyenne générale observée (+157%); la croissance de la consommation de fruits a été inférieure à cette moyenne générale (+145%), celle des légumes plus encore (+115%).
- **Sur la période 1990-2006**, l'évolution de la consommation en volume des produits laitiers (+26% sur un poste qui représente 18,7 Md€ de dépenses en 2006) a pesé d'un poids plus lourd sur les consommations en valeur de produits riches en lipides que la baisse des consommations de graisses (- 14% sur un poste qui représente 3,3 Md€ de dépenses); la consommation de produits sucrés (+30%) a été encore plus rapide que celle des produits laitiers et a représenté le double de la croissance moyenne observée pour l'ensemble des produits alimentaires sur cette période (+15%).

⁴⁷ La nomenclature par fonction de consommation, établie du point de vue des divers secteurs de la consommation des ménages, se distingue de la nomenclature par produits établie du point de vue du classement des entreprises productrices

⁴⁸ Hors imputations statistiques.

- **Sur la période plus récente (2000-2006)**, on note la poursuite de la diminution des consommations de graisses (-7%), un net ralentissement de la consommation de viandes (+0,3%) et une progression nettement plus forte que la moyenne générale (+5,3%) de la consommation de produits laitiers (+9,2%), de fruits (+10,5%), de produits sucrés (+12,3%) et des produits divers (+10,5%).

En ce qui concerne l'évolution des **prix** on observe que :

- de 1960 à 2006, l'évolution relative des prix des produits laitiers et des huiles et graisses a été nettement moins rapide que celle des autres produits (ce qui confirme le diagnostic fait par l'OMS sur l'évolution du prix relatif de la calorie grasse) ; en revanche le prix du pain et des céréales a augmenté moitié plus vite, celui du poisson deux fois plus vite ;
- l'évolution des prix des produits sucrés et des fruits et légumes n'a pas été très différente sur longue période de celle de la moyenne des produits alimentaires ; cependant, sur la période la plus récente, le prix des fruits et légumes a augmenté nettement plus vite que celui des autres produits sans que leur consommation en volume ne cesse de progresser ; par ailleurs, les prix de la calorie sucrée (+11% produits sucrés) et de la calorie laitière (+8%) ont augmenté sur cette période récente nettement moins vite que la moyenne des prix alimentaires (+14%).

c) La part relative des produits transformés dans les consommations alimentaires totales s'est fortement accrue

La part en valeur dans l'ensemble des consommations alimentaires des produits directement issus de l'agriculture et de ceux transformés par les industries agroalimentaires a peu évolué et est passée de 80 à 85 % entre 1960 et 2006. Mais on observe sur cette longue période **une diminution sensible de la consommation de produits bruts** (passée selon l'INSEE de 16,8% à 8,8%) et **une progression de la part des produits transformés** :

- ainsi, si la part de la consommation globale de viande en valeur a baissé de 26 à 23,4% dans la consommation alimentaire totale en valeur depuis 1960, la consommation des « viandes préparées » est passée de 5,9% à 10,9% de cette consommation alimentaire totale ;
- la consommation en valeur de poissons et produits de la mer préparés est passée de 1,5 à 5,4% du total des consommations alimentaires, essentiellement sous l'effet de la très forte progression de la vente des préparations de poissons : la consommation de poisson frais est restée quasiment stable, alors que celles des produits préparés a quadruplé depuis 1980 ;
- la consommation de fruits et légumes est également concernée par le phénomène ainsi que celle de produits laitiers.

Le phénomène mérite d'être souligné car 80% de nos consommations journalières en sel sont apportées par les produits transformés.

d) Le poste des boissons a vu sa répartition en litres par habitant se modifier substantiellement

La répartition en litres par habitant des différentes catégories de boissons a évolué de façon spectaculaire et cette tendance continue de se prolonger à un rythme rapide dans la période récente.

- Depuis 1960, compte tenu de l'augmentation de la population adulte (+43%), la consommation d'alcool pur par adulte a diminué de 9,5 litres, soit plus d'un tiers en volume ; le nombre de litres de boissons alcoolisées (quelle que soit leur teneur en alcool) acheté par habitant est ainsi passé de 194 litres en 1960 à 95,6 litres en 2004, essentiellement du fait de la baisse de consommation des vins courants, de la bière et plus marginalement du cidre ; les consommations de champagne et de whisky ont quant à elles respectivement quintuplé et triplé en volume ; celle des vins de qualité supérieure a doublé ;
- La consommation de boissons non alcoolisées est passée en volume de 64 litres par an et par habitant en 1970 à 245 litres en 2004, la part des boissons sucrées (sodas, jus de fruits) dans ces boissons non alcoolisées s'élevant à 69,4 litres en 2004⁴⁹. La plus forte progression a concerné les ventes d'eau en bouteille sur la période, mais **la progression des boissons sucrées a été particulièrement rapide sur la période plus récente et s'est élevée de 20 litres par habitant entre 1993 et 2004**. Il est à noter que sur la période 1993-2004 la consommation de boissons allégées en sucre a été multipliée par 3 mais elle a porté sur des volumes beaucoup moins importants (+5,3 litres). La consommation de jus de fruits a quant à elle progressé de 9 litres par habitant sur la même période.

Les constats qui précèdent ainsi que l'exploitation détaillée des données statistiques de l'INSEE sur les consommations alimentaires qui figure en annexe V font apparaître deux constats principaux :

- les Français prennent davantage en compte les préoccupations de santé dans leurs achats depuis le début des années quatre-vingt ;
- mais la consommation de produits riches en lipides, en sel et en sucres rapides continue d'augmenter significativement en termes de volume physique par habitant sur certains postes au cours des quinze dernières années. Ont notamment connu une croissance supérieure à 20% les consommations de biscuits salés (+115%), pâte à tartiner au chocolat (+75%), crème fraîche (+50%), desserts lactés (+36%), confiseries et barres au chocolat (+31%), fromages frais (+30%), confiseries de sucre (+ 29%)⁵⁰.

⁴⁹ D'après les informations communiquées à la mission par l'INSEE qui ne les publie pas par ailleurs. Le volume annuel consommé par habitant d'eaux de table et de source s'élève dans cet ensemble à 168 litres en 2004.

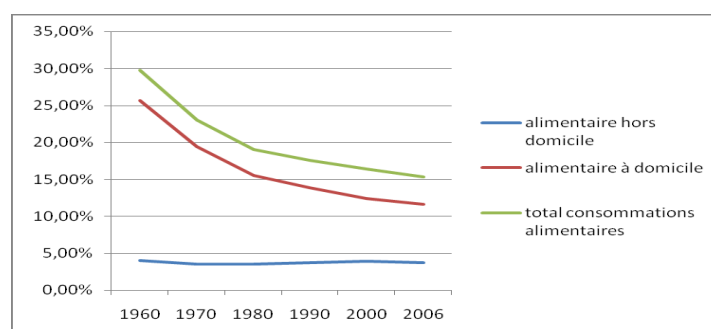
⁵⁰ Cf. notamment en annexe V la liste des produits dont la consommation physique a le plus augmenté sur la période 1994-2003 d'après l'annuaire statistique 2007 de l'INSEE.

2. Le poids croissant de la consommation hors domicile dans la consommation alimentaire totale des ménages

a) La part de la consommation hors domicile a fortement augmenté pour l'ensemble des ménages

Contrairement à l'alimentation à domicile, **la consommation de restauration hors domicile est restée très stable par rapport à la consommation effective totale des ménages**, entre 3,5 et 4% selon les époques (ce qui veut dire qu'elle s'est accrue plus rapidement que la consommation à domicile sur la période et aussi vite que la consommation effective totale), et sa part dans le total des consommations alimentaires s'est fortement accrue.

Graphique 2 : Part représentée dans la dépense totale des ménages des consommations alimentaires à domicile et hors domicile



Source : INSEE Comptes nationaux base 2000

b) Elle apparaît beaucoup plus différenciée selon les quintiles de niveau de vie que la consommation alimentaire à domicile

La dernière enquête « budget de famille »⁵¹ permet de connaître le budget annuel en euros par personne consacrés aux diverses dépenses alimentaires au sens large (incluant le tabac) selon les quintiles de niveau de vie : il en ressort que **les sommes consacrées à la restauration par les ménages représentent globalement plus du tiers des dépenses consacrées à l'achat à domicile de produits alimentaires et boissons non alcoolisées, cette proportion variant néanmoins assez fortement, de 20 à 50%, selon les quintiles de niveau de vie.**

Tableau 2 : Budget annuel consacré par les ménages aux fonctions alimentation, boissons alcoolisées et restauration

Libellé	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble	Écart entre quintiles
Produits alimentaires et boissons non alcoolisées	3 023	3 736	4 112	4 681	5 267	4 164	2 244
Boissons alcoolisées, tabac	536	654	718	739	872	704	336
Hôtels, restaurants, cafés	603	1 013	1 331	1 756	2 649	1 470	2 046
Total	4 162	5 404	6 161	7 177	8 788	6 338	4 626
Part restauration/ budget produits alimentaires	19,95%	27,11 %	32,37 %	37,51 %	50,29 %	35,30 %	30,3%

Source : Insee budget de familles 2006

⁵¹ Dont le périmètre n'est pas identique à celui des comptes nationaux Cf. pièce jointe à l'annexe données économiques.

Cette enquête « budget de familles » ne montre pas d'écarts aussi élevés sur d'autres postes. Ainsi, sur la fonction « produits alimentaires et boissons non alcoolisées », l'essentiel des écarts de consommations se concentre sur trois postes sans dépasser 1,4% d'écart : le pain, la viande et les laitages. Des écarts moins importants (de l'ordre de 0,3 points) se constatent sur la consommation de légumes, de sucres et de boissons non alcoolisées.⁵²

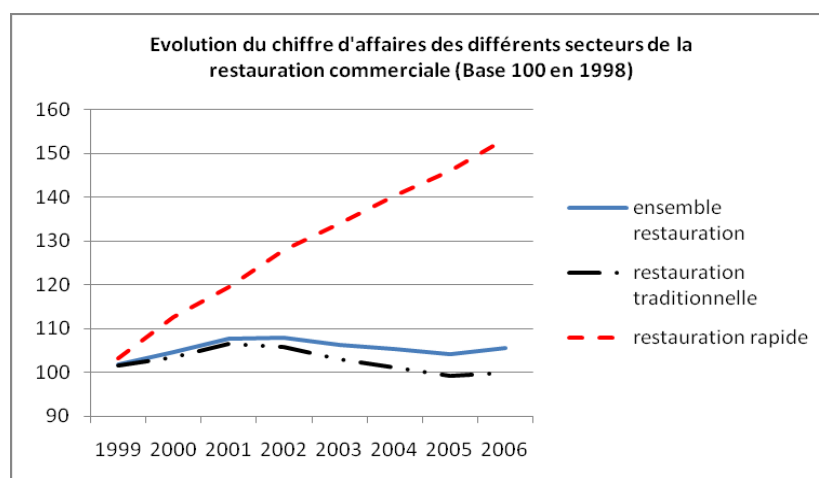
La seule autre vraie différence de comportement entre les quintiles concerne le recours aux grandes surfaces : les ménages du premier quintile recourent davantage au hard discount que les autres quintiles, ce qui n'apparaît guère surprenant, compte tenu du positionnement commercial du hard discount.

c) Au sein de cette consommation hors domicile, la restauration rapide croît à vive allure

Compte tenu de l'accent mis par les experts de l'OMS sur le caractère probable des liens entre l'obésité et les points de vente de « *fast food* », la mission s'est attachée à recueillir des données récentes sur le développement de la restauration et plus particulièrement de la restauration rapide en France.

Les données des enquêtes annuelles d'entreprises de l'INSEE font apparaître l'évolution contrastée du chiffre d'affaires de la restauration rapide par rapport à la restauration commerciale dans son ensemble au cours de la période récente : entre 1998 et 2006, **la progression des prix de la restauration rapide a été de +27,6%**, soit bien plus élevée que l'inflation générale (+14,2%) **et cette hausse s'est cumulée avec une évolution en volume très forte (+25,8%)**, tandis que globalement le chiffre d'affaires de la restauration traditionnelle stagnait.

Graphique 3 : Évolution du chiffre d'affaires des différents secteurs de la restauration



Source : INSEE enquêtes annuelles d'entreprises

⁵² Cf. détail dans l'annexe « données économiques ».

B. Le diagnostic posé par les enquêtes nutritionnelles sur la situation en 2006

1. Le résultat des enquêtes nutritionnelles

De très nombreuses enquêtes, émanant d'organismes publics ou privés, financées pour tout ou partie par l'État, se penchent sur l'évolution des consommations alimentaires des ménages selon des méthodologies diversifiées.⁵³ et aboutissent, sans surprise, à des résultats différents, puisque produits par des méthodes différentes. Il ne sera fait état ici que des résultats de l'enquête INCA de l'AFSSA qui a le mérite de permettre une comparaison sur 8 ans (1998/2006) et ceux de l'enquête « ENNS » menée par l'INVS en 2006.

a) Les premiers résultats de l'enquête INCA2 font état d'évolutions assez différentes de celles qui ressortent de l'exploitation des données INSEE

L'enquête INCA2 menée par l'AFSSA à partir d'un panel de 4 000 personnes interrogées⁵⁴ établit les évolutions de consommation suivantes entre 1998 et 2006 sur les consommations à domicile et hors domicile.

Tableau 3 : Évolution des consommations alimentaires 1998-2006 selon enquête INCA 2

	Adultes hommes	Adultes femmes	Enfants (3 à 14 ans)	Adolescents (15 à 17 ans)
Céréales	Stable (294 g/j)	Stable (203 g/j)		Stable (219 g/j)
Légumes	Stable (131 g/j)	Stable (141 g/j)	Stable (144 g/j)	ND
Fruits frais ou transformés	+ 16 %			+12% (71 g/jour)
Dont Compotes de fruits	ND		+16%	
Viandes	-3%	-16%	-19%	-17%
Poissons	Stable (30 g/j)	Stable (30 g/j)	Stable (19 g/j)	-12%
Produits laitiers	- 6%	-16%	-6% garçons -16% filles	ND
Sucres et dérivés⁵⁵	-27%	-22%	-27 %	-28%
Viennoiseries, Pâtisseries et biscuits sucrés	ND	ND	-19%	-9%
Glaces et sorbets	+ 30 %		ND	ND
Aliments «snacking» (pizzas, sandwichs)	Stable (50 g/j)	Stable (32 g/j)	ND	Stable (56 g/j)
Boissons alcoolisées	- 22%	-27%	ND	ND

Source : INCA 2 (2006)

La mission n'a pas été en mesure d'analyser la source des divergences pouvant apparaître entre les données de l'INSEE précédemment évoquées et les premiers résultats d'INCA 2 dont elle a pu disposer⁵⁶. Les écarts sur le sens des évolutions sont pour le moins significatifs en ce qui concerne les produits laitiers et les produits sucrés ainsi que l'alimentation dite de « snacking »⁵⁷.

⁵³ Outre les enquêtes sur les achats et consommations alimentaires des ménages de l'INSEE, les études épidémiologiques sur l'alimentation ont été nombreuses : Suvimax, baromètre santé nutrition du CFES, études Fleurbaix Laventie, études Gazel, études du centre d'investigation préventive et clinique de Paris. Voir INVS "situation et évolution des apports alimentaires de la population en France 1997/2003".

⁵⁴ Cf. annexe IV sur le détail de la méthodologie INCA2 et ses résultats.

⁵⁵ Incluant sucre de table, confitures, miel et confiseries.

⁵⁶ Intervention de l'AFSSA au colloque de décembre 2007 sur la nutrition en France « Consommation alimentaire en France. Premiers résultats d'une enquête d'intérêt général à forte valeur ajoutée ».

⁵⁷ Cf. sur le détail des évolutions constatées par l'INSEE l'annexe V « données économiques ».

b) L'analyse de l'équilibre nutritionnel

Les points de repères sont ici les recommandations du PNNS⁵⁸ et les Apports nutritionnels conseillés (ANC⁵⁹).

En moyenne, d'après les enquêtes INCA et ENNS l'apport énergétique total journalier en calories en 2006 se situe dans la fourchette basse des apports nutritionnels conseillés : 2 474 kcal pour les hommes (2 326 en Apport Énergétique sans Alcool AESA) et 1 923 chez les femmes (1 875 en AESA). Par rapport aux ANC en énergie⁶⁰ on ne constate au niveau global et en moyenne ni sous-alimentation, ni suralimentation. Par rapport à la situation de 2000 on constate une stabilité pour les adultes, une baisse pour les enfants.

Pour ce qui est de la répartition des apports énergétiques entre les grands nutriments, on représentera ainsi les données fondamentales quant aux apports moyens :

Tableau 4 : Situation des consommations 2006 par rapport aux recommandations d'apports énergétiques sans alcool (valeurs moyennes constatées)

	Recommandations générales	Constats Adultes	Constats Enfants 3 à 14 ans
Protéines	11 /15% AESA	17,3%	15,4%
Glucides	> 50% AESA (50/55 %)	45,5%	48,4%
Fibres	25 à 30 gr/jour	16,2 gr	13,6 gr
Glucides simples	< 12,5%AESA	9,5%	13,6%
Lipides	35% AESA (30/35 %)	37,3%	36,2%
Acides gras saturés en % des lipides totaux	35% lipides totaux	37,8%	38,9%
Sel	8 g/jour pour les adultes	8,5g/j	7,1 g/j

Source : ENNS 2006. Lire : la consommation moyenne de lipides est de 37,3% de l'AESA versus un pourcentage de 35% recommandés

En évolution, les premiers résultats de l'enquête INCA font ressortir une grande stabilité des comportements en termes d'équilibre nutritionnel entre 1998 et 2006, sauf pour la population féminine, adulte, adolescente et enfant chez qui on peut observer une appétence plus forte pour les glucides simples et une baisse légère de la consommation de protéines.

2. Le diagnostic qui ressort de ces enquêtes

Il ressort, au regard de la consommation moyenne tout d'abord, **un diagnostic du « pas assez » :**

- pas assez de féculents, de fibres alimentaires (consommation inférieure de 35% à la recommandation) et de fruits et légumes (43% des adultes et 20% des enfants seulement atteignent le repère d'au moins 5 portions par jour soit 400g et 20%) ;
- pas assez d'activité physique pour le tiers des adultes : plus de la moitié d'entre eux passent plus de 3 heures par jour devant un écran.

⁵⁸ Cf. annexe IV.

⁵⁹ Cette notion se distingue de celle d'apports journaliers recommandés (AJR.) qui sont des valeurs utilisées pour l'étiquetage, uniques pour chaque nutriment et ne tenant pas compte de l'âge ni du sexe. Les AJR sont harmonisées au niveau européen et ont une valeur réglementaire (arrêté du 3 décembre 1993).

⁶⁰ Les ANC de l'énergie sont de 2200 – 2700 kilocalories par jour chez les hommes (70 Kg) et 1800 - 2200 kilocalories par jour pour les femmes, la fourchette plus élevée correspondant à des personnes pratiquant des activités physiques habituelles.

Il ressort également pour cette consommation moyenne un **diagnostic du « trop »** :

- trop d'alcool (chez les hommes) : 23% des hommes qui consomment des boissons alcoolisées consomment en moyenne plus de 30 gr d'alcool par jour ;
- trop de gras et de gras saturé : 65% des adultes et 60% des enfants ont des apports en lipides supérieurs à l'objectif fixé ; la consommation moyenne de lipides est de 6% et de 3,4% supérieure aux recommandations respectivement chez l'adulte et l'enfant ; la part des acides gras saturés dans ces lipides totaux est de 37,8% chez les adultes et 38,9% chez les enfants au regard d'un objectif de 35% : soit un écart de 8% pour les adultes et 11% pour les enfants ;
- trop de sucré (chez les enfants) : le pourcentage de 12,5% de l'AESA en glucides simples totaux issus des produits sucrés n'est pas dépassé chez les adultes et l'est en moyenne à hauteur de 8% chez les enfants (54% des enfants de 3-17 ans le dépassent) ;
- trop de salé (chez les hommes) : par rapport au repère de 8 grammes de sel par jour (incluant le sel apporté lors de la préparation du repas et le sel ajouté à table), la moyenne chez les adultes est, selon ENNS de 8,5 g par jour soit un écart de 6 %. 47% des adultes consomment plus de 8 gr par jour⁶¹.

Au total, du point de vue du trop gras, trop sucré, trop salé, les écarts par rapport aux recommandations⁶² vont de 0% à 11% pour les 4 nutriments retenus (lipides totaux, acides gras saturés, glucides simples, sel). L'écart le plus préoccupant concerne l'alcool.

Les problèmes nutritionnels se concentrent sur certains micronutriments (calcium, folates) et sur certains groupes de population. La position sociale joue un rôle déterminant : plus celle-ci est élevée sur l'échelle sociale (revenus, niveau d'instruction, catégorie professionnelle...), meilleure est la situation nutritionnelle. Les populations pauvres (revenu situé à 60% au dessous du revenu médian) et les personnes en situation de précarité posent des problèmes majeurs. Ainsi une enquête menée auprès de bénéficiaires de l'aide alimentaire en 2005⁶³ a-t-elle révélé des déficits sévères en vitamine C, quasiment inexistantes en population générale. 95% des personnes en situation de précarité sont *de petits consommateurs* de fruits de légumes (moins de 280 g/jour versus 400 g recommandés).

C. Les données sur la prévalence des troubles et pathologies associées aux déséquilibres de l'alimentation⁶⁴

La mission s'est attachée à établir en premier lieu le niveau de la prévalence en 2006 des quatre troubles ou pathologies chroniques, dont les liens avec les déséquilibres de l'alimentation sont incontestablement établis, à savoir l'obésité et le surpoids, le diabète, l'hypertension et l'hyperlipidémie et de rassembler des informations permettant de cerner l'évolution de cette prévalence.

Elle a jugé utile par ailleurs de rassembler les éléments disponibles sur l'évolution des principaux cancers, liés à la consommation d'alcool selon l'expertise scientifique disponible.

⁶¹ L'enquête INCA fournit le chiffre de 7,7gr, mais il s'agit ici du sel provenant des aliments. Par ailleurs le repère de 8 gr peut être considéré comme trop élevé. La recommandation de l'OMS est de 5 g maximum par jour.

⁶² Les apports nutritionnels conseillés (ANC) sont évalués à partir de données scientifiques et répondent à des règles fixées au niveau européen et par l'Agence française de sécurité sanitaire. Si les apports d'un individu se situent entre le besoin moyen (correspondant à un peu plus du deux tiers de l'ANC) et l'ANC, les risques qu'ils soient en situation d'insuffisance d'apport sont très faibles.

⁶³ « Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire » ABENA 2004/2005. INVS, CNAM, Paris 13

⁶⁴ Les données détaillées figurent dans les annexes IV et VI.

1. Les données concernant le surpoids et l'obésité

C'est moins le niveau atteint par l'obésité que la progression du phénomène qui apparaît préoccupante en France ainsi que son apparition plus précoce dans le cycle de vie et les fortes inégalités sociales qui la caractérisent.

a) Les données sur la prévalence du surpoids et de l'obésité en 2006

Trois enquêtes, menées à ce sujet selon des méthodologies diverses et aboutissant de ce fait à des résultats quelque peu différents, font apparaître que la moitié environ de la population adulte française était concernée par l'obésité et le surpoids en 2006 :

- l'enquête 2006 **OBEPI**, associant l'INSERM, la SOFRES et les laboratoires ROCHE⁶⁵, fait état, d'une prévalence de l'obésité s'élevant à 12,4% de la population et d'une prévalence du surpoids s'élevant à 29,2%, le surpoids et l'obésité concernant au total 41,6% de la population ;
- l'enquête nationale nutrition santé 2006-2007 (**ENNS**), réalisée par l'INVS⁶⁶, indique **chez les adultes** de 18 à 74 ans **une prévalence de l'obésité de 16,9% et une prévalence du surpoids de 32,4% (au total 49,3%)** : 57% des hommes et 41% des femmes en France sont en surpoids ou obèses. Chez les enfants de 3 à 17 ans, la prévalence de l'obésité est évaluée à 3,5% et celle du surpoids de 14,3% ;
- les premiers résultats (dossier de presse du 10 juin 2008) de la dernière enquête en France de l'étude **MONA-LISA**⁶⁷ qui s'est déroulée entre octobre 2005 et décembre 2007, font apparaître des chiffres plus élevés encore : les deux tiers des hommes et la moitié des femmes de 35 à 74 ans présentent une surcharge pondérale ou une obésité, 20,6% des hommes et 20,8% des femmes étant obèses.

b) Une évolution extrêmement rapide

Seule l'enquête OBEPI fournit une estimation détaillée des évolutions récentes dans la population adulte :

- le nombre de sujets dépassant les valeurs de tour de taille (un marqueur de l'adiposité abdominale associée à des risques métaboliques, diabétiques et vasculaires accrus) considérées comme à risque serait passé de 24,7% en 2000 à 30,0% en 2006, cette tendance concernant plus particulièrement les femmes ;
- le nombre de personnes obèses serait passé de 8,2% en 1997 à 11,3% en 2003 et 12,4% en 2006. Entre 1997 et 2006 le nombre de personnes obèses se serait accru de 2,3 millions de nouveaux cas pour atteindre en 2006 5,9 millions de personnes. Cette augmentation tendrait néanmoins à s'atténuer par rapport aux enquêtes précédentes (+3% entre 2003 et 2006, au lieu de +5% entre 1997 et 2003). En revanche la fréquence des formes graves n'aurait cessé d'augmenter. Pour les catégories disposant des revenus les plus élevés, l'obésité aurait diminué de 2003 à 2006. La prévalence du surpoids se serait, quant à elle, stabilisée entre 2003 et 2006, et concernerait 13,9 millions de personnes ;

⁶⁵ Les enquêtes OBEPI sont menées tous les 3 ans par déclaration téléphonique depuis 1997, sur un échantillon national d'adultes (en 2006 23 700 personnes de plus de 15 ans). Les résultats d'OBEPI font apparaître une sous déclaration des personnes interrogées par téléphone par rapport à l'enquête ENNS où les déclarations de taille et de poids ont été vérifiées. Les hommes interrogés au téléphone ont tendance à surestimer leur taille et les femmes à sous-estimer leur poids.

⁶⁶ Les enquêtes INCA (AFSSA) et ENNS (InVS) comportent un protocole en partie commun. Les questions relatives à la santé relèvent du traitement par l'InVS et donc plus spécifiquement des résultats de ENNS.

⁶⁷ Troisième enquête conduite en 2005-2007 dans le cadre du « Monitoring of trends and determinants of Cardiovascular diseases », étude internationale coordonnée par l'OMS, incluant 38 populations dans 21 pays et portant sur un échantillon de 4 800 sujets : l'enquête fait suite à des enquêtes analogues menées en 1985 et 1995 (MONICA) et s'est déroulée en Haute-Garonne, dans le Bas-Rhin et à Lille. Cette étude bénéficie du soutien des laboratoires Pfizer et mobilise l'Institut Pasteur de Lille ainsi que des unités de l'INSERM

- un très net effet générationnel ressort de l'analyse comparative des enquêtes successives : à un âge donné, les jeunes générations ont un IMC supérieur à celui de leurs aînés au même âge. **Autrement dit, l'obésité survient plus tôt dans la vie.** Selon OBEPI, pour la génération née à la fin des années 70, la prévalence de 10% d'obèses sera atteinte vers l'âge de 30 ans. Une prévalence similaire a été atteinte vers 45 ans pour la génération née dans les années 50 et vers 70 ans pour celle née dans les années 20. « Si les jeunes générations arrivent avec un IMC supérieur à celui de leurs aînés au même âge, puis suivent la même évolution pondérale que leurs aînés, quelle sera la prévalence de l'obésité chez ces personnes quand ils seront seniors ? »

Pour les enfants, une enquête récente⁶⁸ menée sur les enfants de 7-9 ans en CE1 et CE2 fait apparaître une stabilité du surpoids (estimé à 18,1%) et une légère progression de l'obésité entre 2000 et 2007(de 3,8% à 4%). Le pourcentage d'enfants présentant un excès pondéral en France est passé de 3% en 1965 à 5% en 1980, 12% en 1996 pour atteindre 16% en 2000 selon les sources de la médecine scolaire.

c) De fortes inégalités sociales et territoriales

L'obésité atteint inégalement les milieux sociaux. Et cette inégalité n'a cessé d'augmenter en France depuis une vingtaine d'années.

Les premiers déterminants de ces inégalités sont la catégorie socioprofessionnelle et le niveau d'études. Entre 1981 et 2003, c'est chez les agriculteurs que l'obésité a le plus augmenté. Suivent les ouvriers, les artisans commerçants et chefs d'entreprise et les employés. À l'inverse, les cadres et professions intellectuelles supérieures restent les moins touchés par l'obésité. Ainsi en 2005 le pourcentage d'enfants obèses de cadres était de 0,6% contre 6,1% d'enfants d'ouvriers.

En 2003, 15 % des individus sans diplôme ou titulaires au plus d'un brevet des collèges sont obèses, alors que seuls 5 % des diplômés du supérieur le sont. Cet écart a doublé en une vingtaine d'années selon le BEH cité.

Selon OBEPI, les écarts de prévalence selon les revenus se sont fortement accentués entre 1997 et 2006 comme le montre le tableau suivant :

Tableau 5 : Évolution de la prévalence de l'obésité selon les revenus entre 1997 et 2006

En %	Revenu mensuel < 900€	Revenu compris entre 1 901 et 2 300€	Revenu compris entre 3 801 et 5 300 €
Prévalence de l'obésité en 1997	12,1	7,2	4,9
Prévalence de l'obésité en 2006	18,8	11,8	6,6
Différentiel	6,7	4,6	1,7
Variation	+55%	+64%	+35%

Source : OBEPI 2006

L'inégalité est aussi territoriale : la situation de la France métropolitaine n'est pas identique à celle des DOM, particulièrement atteints, celle du Nord et de l'Est de la France n'est pas la même que celle du Sud-Ouest⁶⁹. Ces proportions sont également à affiner selon que les personnes vivent en milieu rural ou urbain, les hommes habitant à Paris accusent en moyenne deux kilos de moins que ceux habitant les communes de moins de 2 000 habitants (pour la même taille et la même classe d'âge).

⁶⁸ Conduite par l'Unité de surveillance et d'Epidémiologie Nutritionnelle, (INVS et Université de Paris XIII) et l'Unité mixte de recherche INSERM U 557 /INRA U 1125/ CNAM/Paris XIII.

⁶⁹ Selon l'enquête Monalisa, la prévalence est en moyenne plus faible à Toulouse (62%) contre 88% à Lille chez les hommes et 42% contre 54% chez les femmes.

2. La prévalence du diabète, de l'hypertension et de la dyslipidémie

a) L'estimation de la prévalence en 2006

Pour ce qui concerne la situation en 2006 on dispose de quatre sources d'information :

- Deux enquêtes, ENNS et MONA LISA, font état de la prévalence de ces troubles au sein de la population générale, qu'ils fassent ou non l'objet d'un traitement médicalisé, les déclarations de personne interrogées ayant fait l'objet d'un contrôle médical ;
- Deux autres sources fournissent des indications sur la prévalence des seuls troubles *traités*, sur la base de simples déclarations pour ce qui concerne l'enquête OBEPI, ou d'une exploitation du fichier des assurés du régime général pour ce qui concerne les indications fournies par la CNAMTS sur la prévalence tous régimes.

Les résultats en ressortant sont les suivants :

Tableau 6 : Prévalence du diabète, de l'hypertension et des dyslipidémies

Source	Diabète	Hypertension	Dyslipidémie
Prévalence dans la population selon l'ENNS	Hommes : 6% Femmes : 3%	Hommes : 34% Femmes : 28%	Hommes : 50% Femmes : 38%
Prévalence dans la population selon MONA LISA	9,6% à Lille 9,9% à Strasbourg 7% à Toulouse	Hommes : 53% Femmes : 40%	ND
Prévalence des cas traités déclarés dans l'enquête OBEPI	3,2% IMC>30 : 9,9% ; IMC>25 : 1,2%	16% IMC>30 : 36,1% ; IMC>25 : 8,4%	13,7% IMC>30 : 9,9% ; IMC>25 : 1,2%
Prévalence des cas traités pris en charge sur la population assurée selon la CNAMTS	3,8% en 2005 (7,7% dans les DOM)	22,8%	ND

Source : synthèse par la mission

Une exploitation de l'enquête ENNS, effectuée par l'INVS à la demande de l'IGAS permet en outre de connaître la prévalence du surpoids et de l'obésité parmi les sujets atteints d'hypertension artérielle, qui sont respectivement de 40,1% et de 34,2%, et parmi les sujets atteints de dyslipidémie pour laquelle ils sont respectivement de 44,5% et de 25,2%⁷⁰.

b) Les résultats des enquêtes successives d'OBEPI montrent une évolution rapide de ces troubles et pathologies et une augmentation significative de leur prévalence chez les personnes obèses ou en surpoids depuis 2000

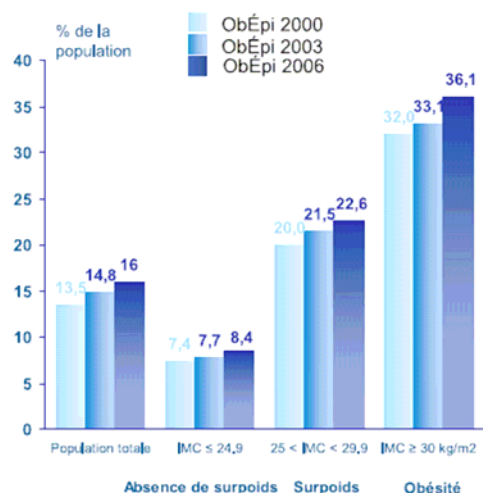
Selon OBEPI, entre 2000 et 2006, la prévalence du diabète traité (selon les déclarations des enquêtés) aurait augmenté de 28% dans la population générale, celle de l'hypertension de 18,5%, celle des dyslipidémies de 21%.

Les graphiques suivants, établis sur la base des enquêtes OBEPI, font apparaître les liens entre l'IMC et la prévalence du diabète, de l'hypertension et du cholestérol, ainsi que la forte progression de la prévalence de ces pathologies chez les personnes en surpoids ou obèses (étant rappelé que la population obèse est passée simultanément de 9,6% à 12,4% de la population générale au cours de la même période)

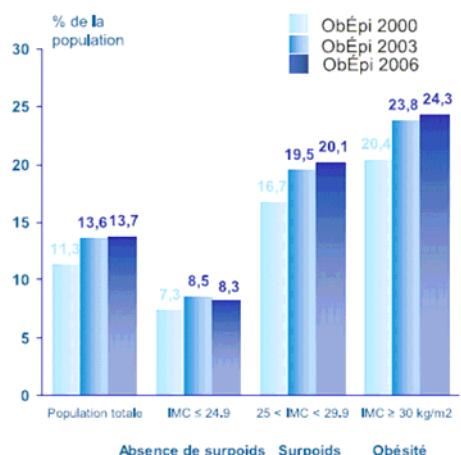
⁷⁰ Source : ENNS, exploitation des données pour la mission. Les critères retenus pour définir l'hypertension artérielle sont une pression artérielle >140mmHg et/ou <90mmHg et/ou un traitement par antihypertenseurs, et pour définir la dyslipidémie : LDL>4,1 et/ou HDL<1,0 et/ou triglycérides > 1,7 mmol/l et/ou traitement par hypolipémiants.

Graphiques 4 à 6 : Données OBEPI sur l'évolution de la prévalence de l'hypertension, des dyslipidémies et du diabète selon l'indice de masse corporelle entre 2000 et 2006

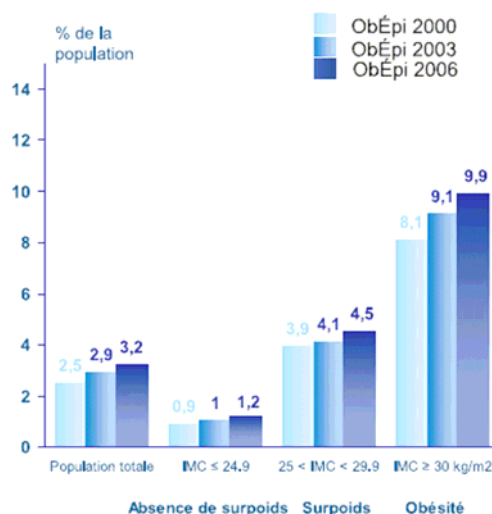
PRÉVALENCE DU TRAITEMENT DE L'HTA EN FONCTION DE L'IMC



PRÉVALENCE DES PERSONNES DÉCLARANT ÊTRE TRAITÉES POUR UNE DYSLIPIDÉMIE EN FONCTION DE L'IMC ET ÉVOLUTION DEPUIS 2000



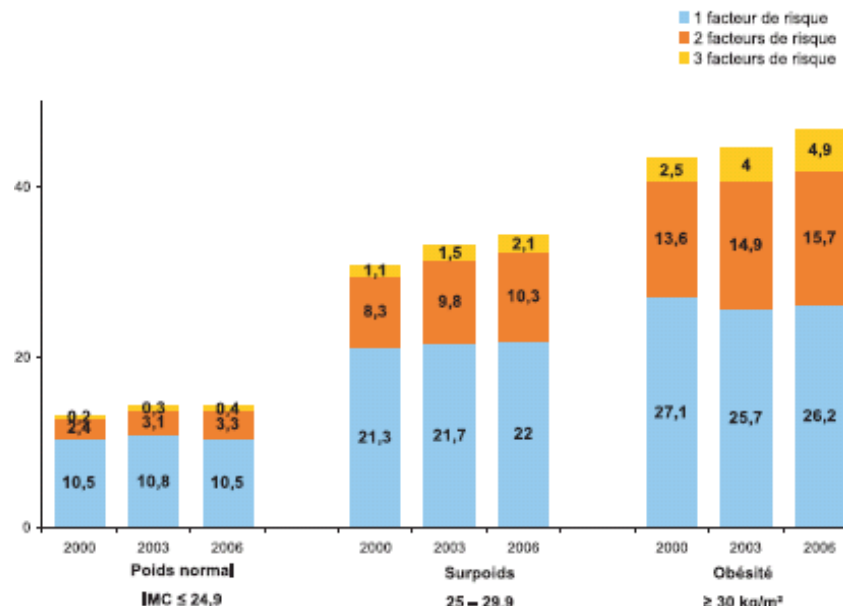
PRÉVALENCE DES TRAITEMENTS DU DIABÈTE DE TYPE II (sans insuline) EN FONCTION DE L'IMC



Source : OBEPI/CNAMTS

Le graphique suivant montre que les personnes obèses ou en surpoids cumulent plus facilement un, deux ou trois de ces facteurs de risques que le reste de la population et que le nombre de personnes traitées pour plusieurs facteurs de risques va grandissant entre 2000 et 2006.

Graphique 7 : Nombre de facteurs de risques traités selon l'indice de masse corporelle



Source : OBEPI/CNAMTS

c) Les études récentes de la CNAMTS confirment la croissance du nombre de cas traités au cours de la période récente

Pour le **diabète**, selon la CNAMTS⁷¹, le rythme d'augmentation du nombre de patients traités a été de 25% en 5 ans (taux d'accroissement annuel moyen de 5,7%). L'effet du vieillissement (arrivée des baby-boomers à l'âge du risque ; allongement de la durée de vie des personnes traitées) a contribué à hauteur de 0,9% à la croissance annuelle constatée.

La progression du nombre des diabétiques traités au cours de cette période apparaît également imputable à un abaissement de 1,40 à 1,26 du seuil glycémique comme critère diagnostique en 2000⁷², sans qu'on puisse mesurer la contribution de ce facteur à la progression constatée.

Un article de l'INVS publié dans le BEH n° 10/2006 prévoit une croissance de 50% de patients diabétiques sur la période 1999- 2016 en imputant à l'obésité 50% de cette progression. La CNAMTS fait observer que la prévalence d'ores et déjà observée à travers le nombre de patients traités en 2005 est déjà supérieure à la prévision 2005 de l'INVS.

Pour l'**hypertension**, la CNAMTS⁷³ fait état d'une augmentation de 22% de la population sous traitement (3,4 % par an en moyenne), passée de 8,6 à 10,5 millions de personnes en cinq ans. L'effet « vieillissement » a induit une évolution à 0,7%, soit d'un sixième environ de la progression du nombre de patients traités constatée.

⁷¹ Source ibidem.

⁷² Des études auraient à l'époque estimé l'incidence de cette modification comme faible ; l'enquête de population MONICA concluait pourtant que l'abaissement de ce seuil pouvait se traduire par une multiplication par 2,2 du nombre de sujets dépistés entre 35 et 64 ans. On note cependant qu'il n'y a pas, selon la CNAM, de changement sensible de l'âge moyen des patients traités sur la période, qui aurait pu dénoter un important changement dans la population cible. Les quelques chiffres publiés sur l'enquête MONALISA qui en principe actualisent les enseignements de MONICA n'apportent pas d'information sur ce point.

⁷³ Points de repère octobre 2007 Hypertension artérielle et facteurs de risque associés : évolutions des traitements entre 2000 et 2006. Dans cette publication, comme dans le, la CNAMTS souligne la progression très rapide des coûts des traitements pour hypertension et hyperlipidémie par personne traitée (voir annexe).

On peut faire l'hypothèse que cette évolution retracée par la CNAMTS et OBEPI correspond pour partie à une amélioration du dépistage et de la prise en charge médicale sans néanmoins en déterminer l'importance⁷⁴.

Pour le cholestérol, une étude récente de la CNAMTS⁷⁵ fait état d'une progression de 56% du nombre de traitements sous statines entre l'année 2002-2003 et l'année 2006-2007 mais d'un net ralentissement depuis 2005 de la croissance observée les années antérieures sous l'effet des actions engagées (cf. *infra*).

3. La prévalence et l'évolution des cancers associés à l'alimentation et à l'alcool

Avec 278 000 nouveaux cas de cancer en 2000 contre 160 000 en 1980, la France connaît une nette ascension de l'incidence de cette maladie, avec une augmentation des décès de 16%, passant de 124 000 à 145 000 par an sur la période⁷⁶.

Selon le rapport sur « les causes du cancer en France », déjà évoqué plus haut, l'alcool aurait entraîné en 2000 8 188 décès chez les hommes et 1 692 décès chez les femmes.

Le rapport spécifique établi par l'Institut national du cancer sur « alcool et risques de cancer » et publié en novembre 2007 précise : « *En France, l'incidence des cancers liés à l'alcool est très élevée : parmi les nouveaux cas de cancers estimés pour l'année 2000, on compte environ 24 000 cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), 6 000 cancers du foie, 42 000 cancers du sein et 36 000 cancers côlo-rectaux. L'incidence des cancers des VADS en France diminue dans la population masculine depuis le début des années quatre-vingt, mais elle reste très élevée par rapport au reste de l'Europe et est l'une des plus élevées au monde* »⁷⁷.

Sur longue période (depuis quarante ans) les informations de l'Institut national du cancer font apparaître une très forte augmentation de l'incidence du cancer du sein chez les femmes et du cancer de la prostate chez les hommes, évolution également constatée par la CNAMTS sur la période plus récente⁷⁸ : sur la période 1994-2004, le rythme annuel d'accroissement du nombre de patientes traitées pour un cancer du sein a été de 6,8% et celui du nombre de patients traités pour un cancer de la prostate a été de 11,3%.

D. Évaluation du « coût d'une alimentation déséquilibrée », pour l'assurance maladie

1. Les problèmes de méthode

Il ne pouvait être question pour la mission d'établir elle-même de façon fiable l'évaluation globale des coûts pour l'assurance maladie de toutes les pathologies associées à l'alimentation dans les délais d'enquête qui étaient les siens. Un travail analogue, commandé en 2006 par la direction générale de la Santé au professeur Jean de Kervasdoué⁷⁹ du Conservatoire national des Arts et métiers et non encore publié, a au demeurant montré les nombreuses difficultés d'une

⁷⁴ En 1995 il a été estimé en effet par l'étude MONICA que 50% des hypertendus n'avaient fait l'objet d'aucun diagnostic. L'étude MONA LISA actualisant la précédente, estime qu'aujourd'hui 80% des hypertendus font l'objet d'un traitement. Mais le rapprochement des chiffres de prévalence indiqués par MONA LISA et ceux de la CNAMTS sur la population traitée n'aboutit pas à ce taux de 80%. La mission n'a pas été en mesure donc de tirer de conclusion précise à ce stade.

⁷⁵ Point d'information du 5 juin 2008. « Mieux utiliser les traitements anti-cholestérol. La CNAM renforce son action ».

⁷⁶ Source WCRF France. Résumé français du rapport du WCRF.

⁷⁷ Cf. également chiffres évoqués par une étude du Conservatoire National des arts et métiers (Kervasdoué-Herberg) sur les taux de prévalence et de mortalité des cancers liés à l'alimentation en annexe VI-2.

⁷⁸ Selon le Point d'information mensuel de la CNAMTS « Les dépenses d'assurance-maladie à l'horizon 2015 » (Juillet 2007).

⁷⁹ Etude *Nutrition et économie de la santé*, sous la direction de J de Kervasdoué ; document intermédiaire transmis par les auteurs et la DGS, 2006.

évaluation exhaustive et rigoureuse des dépenses de santé induites par l'alimentation, compte tenu du caractère parcellaire et insuffisamment homogène des informations disponibles sur les facteurs de risque et sur le coût par patient pour l'assurance maladie de certaines pathologies.

S'ajoutaient à cela un certain nombre de difficultés sur la définition de la part attribuable à l'alimentation dans les dépenses d'assurance maladie (cf. annexe VI).

La mission a jugé plus pertinent d'identifier les études françaises les plus récentes concernant le coût de traitement des états de santé ou pathologies chroniques identifiées par l'OMS, comme ayant un lien assez direct avec les déséquilibres de l'alimentation et d'établir à partir de ces études une évaluation forfaitaire des dépenses d'assurance maladie entraînées par les déséquilibres de l'alimentation.

2. Les études sur le « coût de la surcharge pondérale »

Les méthodologies et le détail des quatre évaluations successives des coûts associés aux patients en surcharge pondérale sont présentés dans l'annexe VI, la synthèse de leurs résultats étant seulement présentée dans le tableau ci après.

Tableau 7 : Synthèse des résultats des études d'évaluation du coût de la surcharge pondérale

Auteur et date de publication	Date de valeur des données prises en compte	Périmètre	Taux de prévalences pris en compte	Évaluation des dépenses de soins liées à un IMC 30	Évaluation des dépenses de soins liées au surpoids
Lévy et al⁸⁰ publiée en 1995	1992	Total soins Tous financeurs	6,2% pour l'obésité 16,7% pour le surpoids	0,88 Md€	0,93 Md€
Detournay et al⁸¹ publié en 2000	1992	Total soins Tous financeurs	ND	1,33 Md€ s	ND
A. Expert⁸² publié en 2005	2002	Soins de ville Assurance maladie	10,2% pour l'obésité 29% pour le surpoids	Surcoût de 27% pour les adultes 0 pour les enfants	Surcoût de 3% pour les adultes 0 pour les enfants
C. Emery⁸³ publié en 2007	2002	Total soins assurance maladie	10,2% pour l'obésité	2,1 Md€	ND

L'estimation la plus récente, réalisée par C Emery et al., repose sur des données et des méthodes jugées plus récentes et plus fiables par les membres de la mission et a servi de base à leurs propres estimations des surcoûts associés au surpoids et à l'obésité, sous les réserves suivantes :

- les membres de la mission ont été d'accord pour considérer que les estimations de cette étude portant sur les indemnités journalières avaient été surestimées et ne pouvaient donc être retenues dans leurs propres estimations, qui n'ont donc porté que sur la dépense de soins⁸⁴ ;

⁸⁰ E Lévy et al, International journal of obesity 1995-19. The economic cost of obesity : the French situation.

⁸¹ B Detournay et al., International journal of obesity 2000-24, Obesity morbidity and health care costs in France : an analysis of the 1991-1992 medical household survey.

⁸² A Expert, CNAM – Point stat n° 42 juin 2005 Corpulence et consommation médicale.

⁸³ C. Emery et al., Presse médicale 2007-36, Évaluation du coût associé à l'obésité en France.

⁸⁴ Ces estimations sur le coût y compris IJ n'ont pas été mentionnées dans le tableau de synthèse des résultats ci-dessus

- les représentantes de l'IGAS ont estimé que, pour des raisons de méthode, dans cette étude, seule l'évaluation du « surcoût de l'obésité pour l'assurance maladie » peut être retenue ;
- cette opinion n'a pas été partagée par la représentante de l'IGF, qui a pris en compte la totalité des dépenses estimées par l'étude⁸⁵ mais a jugé nécessaire une actualisation des hypothèses de prévalence et de coûts prises en compte par cette étude pour estimer les dépenses associées en 2006 au surpoids et à l'obésité.

On note en outre que cette étude ne tient pas compte des dépenses relatives à la prise en charge des maladies cancéreuses des personnes en surcharge pondérale.

Les précisions concernant les écarts importants d'appréciation entre les membres de la mission sur les conclusions de cette étude et les conséquences à en tirer sur l'évaluation des dépenses associées au surpoids et à l'obésité sont exposées en annexe VI.

3. L'évaluation du coût des pathologies cancéreuses « attribuable » à une surcharge pondérale et à l'alcool

Les études approfondies et récentes de l'Institut national du cancer⁸⁶ et le rapport « les causes du cancer en France », déjà cité, ont été utilisées pour estimer les coûts globaux annuels des soins rapportés à différentes localisations des cancers, et, par localisation, les parts attribuables à différents facteurs de risque, dont l'obésité et le surpoids. Ces éléments permettent de compléter l'estimation globale précédente qui ne prend pas en compte la population atteinte de cancer ; ils permettent également de comparer, pour le cancer, la part des coûts qui serait due à l'obésité et celle qui serait due à l'alcool.

L'estimation du coût global des cancers pour l'assurance maladie ressort en premier lieu de l'étude de l'Institut national du Cancer qui l'évalue à 10,8 Md€ (valeur 2004).

La part imputable à l'alcool et à une surcharge pondérale, telle que déterminée par le rapport « les causes du cancer en France », se répartit de la façon suivante.

Tableau 8 : Cancers pour lesquels des fractions attribuables à une surcharge pondérale ou à l'alcool doivent être retenus

Cancer	Fraction attribuable à l'alcool (en % des cas)		Fraction attribuable à l'obésité et au surpoids ⁸⁷ (en % des cas)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Cavité buccale, pharynx	70,7	24,6	-	-
Œsophage	55,2	16,9	28,6	21,3
Colorectal	11,2	2,7	6,7	5
Foie	31,8	8,4	-	-
Larynx	57,3	17,8	-	-
Sein		9,4		5,6 (après 50 ans)
Rein			14,9	11,5

Source : « Les causes du cancer en France », 2007

⁸⁵ L'écart porte sur l'estimation réalisée par cette étude sur le coût des soins de la population en surpoids, présentant au moins un facteur de risque : ces coûts, s'ajoutant à ceux de l'obésité, s'élèvent selon l'étude à 2,1 Md€ (valeur 2002) et concernaient 5,3% de la population assurée. Les facteurs de risque associés au surpoids et pris en compte sont l'hypertension, la dyslipidémie, le diabète type 2, les infarctus ou antécédents d'infarctus, les accidents ischémiques, les artériopathies ou apnées du sommeil.

⁸⁶ Institut national du Cancer (INCA), *Analyse économique des coûts du cancer en France*, mars 2007

⁸⁷ Les données de l'INCA ne permettent pas de proposer une répartition entre surpoids et obésité.

En appliquant aux coûts globaux du cancer la « fraction, ou part attribuable » à l'alcool et à une surcharge pondérale, on parvient à une estimation globale rapide de la part de ce coût due respectivement à ces deux facteurs : les coûts du cancer attribuables à l'obésité et au surpoids représentent 2,2% de 10,886 Md€, soit 0,24 Md€ ; les coûts du cancer attribuables à l'alcool représentent 8,1% de 10,886 Md€, soit 0,88 Md€. Une méthode plus analytique, développée en annexe VI-1 aboutit à une estimation très proche pour le surpoids (0,27 milliard d'€) et plus élevée (1,14 Md€) pour l'alcool.

Du point de vue d'une réflexion sur une taxe nutritionnelle, on note que, pour le cancer au moins, quelle que soit la méthode de calcul, les dépenses attribuables à l'alcool sont nettement plus élevées que celles liées à l'obésité.

4. Les coûts de traitement du diabète, de l'hypertension et du cholestérol :

La méthode « globale » sur laquelle reposent les estimations précédentes englobe *l'ensemble* des dépenses de soins sans détailler les pathologies concernées. Sélectionner les traitements médicamenteux⁸⁸ concernant trois pathologies ou état de santé, à la fois facteurs de risque reconnus et importants des pathologies liées à la nutrition (cardiovasculaires notamment), et bien documentés, permet d'associer à cette démarche des indications, certes partielles, concernant l'évolution de ces dépenses.

Les éléments suivants, toutefois, ne rendent pas compte de l'évolution de l'ensemble des dépenses liées à la nutrition, correspondant à des pathologies et des modalités de soins variées⁸⁹. Il convient également de préciser que les coûts ci après présentés sur chacune de ces pathologies ne sauraient se cumuler, les évaluations du coût du diabète et de l'hypertension intégrant les coûts des traitements associés à ces pathologies.

a) L'évolution du coût du diabète

Le coût du traitement médicamenteux du diabète est estimé à 1,8 Md€ en 2005 par la CNAMTS⁹⁰ et a doublé entre 2000 et 2005 par suite de plusieurs évolutions :

- Les modalités de prise en charge médicamenteuse ont fortement évolué sur cette période et ont alourdi le coût individuel du traitement du diabète proprement dit ; le coût moyen par personne traitée a augmenté de 32% entre 2000 et 2005 pour les antidiabétiques seuls et de près de 41% au total, d'autres médicaments étant de plus en plus souvent associés aux antidiabétiques, comme le recommandent la plupart des autorités médicales⁹¹.
- L'augmentation de la proportion des diabétiques pris en charge au titre d'une affection de longue durée a pu avoir un impact sur le coût des traitements pour l'assurance maladie (79,3% d'entre eux étaient en ALD en 2005 contre 69,7% en 2000). Il est à noter que le coût global de l'ALD diabète s'est élevé à 8 966 M€ en 2004.
- L'augmentation de la prévalence du diabète *traité* de 2000 à 2005 (cf. ci-dessus).

⁸⁸ Il convient de souligner que les données suivantes ne rendent pas compte du « coût de ces pathologies » dans leur ensemble : un coût global comprendrait également les dépenses correspondant à des hospitalisations, des examens, des honoraires des professionnels de santé,

⁸⁹ On trouvera en annexe VI-2 dans la contribution établie par la représentante de l'IGF sur l'évaluation des dépenses d'assurance maladie associée aux déséquilibres de l'alimentation une présentation des coûts représentés pour les seules personnes en affection de longue durée par les pathologies cardio-vasculaires, tumorales et des cirrhoses du foie. Ces dépenses représentaient à la fin 2004 44 Md€, soit les quatre cinquièmes des coûts des affections de longue durée.

⁹⁰ Étude précitée.

⁹¹ Ce traitement est de plus en plus souvent associé au traitement de l'hypertension (3 patients sur 4) et de l'hyperlipidémie (1 patient sur 2) ; le coût des traitements associés aux risques cardio vasculaires des diabétiques s'élève à 448 €. Le coût unitaire du diabète et des risques cardio vasculaires associé s'élève à 760 € par patient (contre 538 € en 2000).

b) L'évolution du coût de l'hypertension et du cholestérol

Le coût du traitement de l'**hypertension** (HTA) est évalué par la CNAMTS⁹² à 4,4 milliards d'€ en 2006 dont 2,3 milliards pour les hypotenseurs. De 2000 à 2006, les dépenses concernant le traitement de l'hypertension ont augmenté de 70%, en conséquences d'évolutions assez similaires à celles du diabète⁹³ :

- l'accroissement du prix unitaire du traitement (+ 40%) ;
- la progression du nombre de patients en ALD exonérés du ticket modérateur (passés de 39,4% à 45,3% des hypertendus traités), le coût global pour l'assurance-maladie des malades reconnus comme malades de longue durée pour « HTA sévère » en 2004 (tous régimes) s'étant élevé à 5 543 M€ ;
- l'accroissement du nombre de patients *traités* (cf. ci-dessus).

Le coût du traitement du **cholestérol** stricto sensu est évalué quant à lui à 1 Md€ par la CNAMTS⁹⁴.

Les coûts de traitement par personne ayant également progressé très rapidement, le traitement hypolipidémiant a fait l'objet d'une action vigoureuse de l'assurance maladie depuis quatre ans, passant par l'émission de recommandations dans le cadre de l'AFSSAPS (en mars 2005), l'inscription du sujet à l'ordre du jour de la négociation de la convention médicale en 2005 également, et une large action de sensibilisation et d'incitation des médecins à des prescriptions plus adaptées et moins coûteuses (notamment du fait de l'apparition de deux médicaments génériques).

Le coût unitaire du traitement a pu être diminué, le nombre de nouveaux traitements engagés chaque année a baissé (passant de plus d'1 million par an à 925 000) et la progression du nombre de traitements a été infléchi en passant de +12,3% en 2003 à +5,1% en 2006 et +8,6% en 2007.

Il reste que les dépenses remboursées ont quand même progressé de 50% sur la période 2001 à 2008 et la CNAMTS souligne que « *des marges de progrès importantes demeurent pour améliorer l'utilisation des statines et les prescrire à bon escient. Ainsi, selon des données 2006, la France occupe toujours le premier rang en Europe des dépenses de statines par habitant et le deuxième pour les volumes consommés* ». La CNAMTS a saisi en conséquence la Haute autorité de santé afin de trouver d'autres moyens de relancer son action.

c) Les conclusions à en tirer

De 2000 à 2005-2006, le coût du traitement de ces pathologies a donc très fortement augmenté pour l'assurance maladie, sous l'effet de facteurs multiples : la prévalence de ces pathologies s'est particulièrement développée chez les personnes en surpoids ou obèses comme le montrent les statistiques d'OBEPI mais les pratiques de diagnostic et de prescription médicale ont joué un rôle majeur dans la dérive des coûts observés. Avec l'amélioration des soins en phase aiguë, ces traitements ont sans doute contribué en particulier à la diminution des pathologies et de la mortalité

⁹² Étude précitée.

⁹³ De fait, une étude de la CNAM sur plusieurs classes de médicaments (en particulier antidiabétiques oraux, hypocholestérolémiants, produits de l'hypertension artérielle) montre un différentiel croissant entre les pratiques des autres grands pays européens et les pratiques françaises : en France on prescrit un volume de médicaments par patient plus élevé dans chaque domaine, avec une préférence régulière pour les produits les plus récents et les plus coûteux. L'effet d'une réduction de ces écarts est estimé à 1,5 milliard par exemple pour les Inhibiteurs de Pompe à Proton (IPP), les statines et les hypertenseurs. Les échanges conduits dans les deux dernières années avec le corps médical, ainsi que d'autres facteurs comme l'apparition de produits « génériques », ont d'ailleurs conduit à une modération de ces dépenses.

⁹⁴ Étude précitée.

cardiovasculaire (-15% entre 2000 et 2004). Le rôle que la nutrition a pu jouer dans la progression de ces dépenses reste incertain. Toutefois, l'observation de ces évolutions suggère deux réflexions :

- les évolutions de l'alimentation et celles de l'obésité observées dans les dernières années permettent de penser que le coût de traitement de leurs conséquences pathologiques deviendra très élevé à la fois par suite de la progression de la prévalence de troubles chroniques comme l'hypertension, l'hyperlipidémie et le diabète, et par suite de l'augmentation du coût unitaire des soins ;
- on ne peut guère considérer comme soutenable durablement la poursuite des tendances actuelles, pour la santé de la population d'abord, pour l'assurance maladie ensuite. Dans ces conditions, une orientation vers une politique de prévention s'impose. On doit sans doute reconsidérer les modalités de prévention en amont de l'apparition de ces troubles chroniques et de leur traitement médical. Une action sur l'alimentation entre naturellement dans ce cadre.

5. Synthèse des enseignements retirés par la mission de ces différents éléments d'information

Il était difficile pour les membres de la mission d'établir à partir des divers éléments recueillis une évaluation exhaustive et concordante des dépenses d'assurance maladie imputables aux déséquilibres alimentaires et plus particulièrement à la consommation d'aliments trop gras, trop salés et trop sucrés. Les informations disponibles, reposant pour leur plus grande part sur une évaluation des coûts de l'obésité et du surpoids, ne permettent pas en effet d'établir avec certitude :

- la part attribuable aux déséquilibres de la nutrition dans l'apparition des pathologies par rapport aux autres facteurs de risque ;
- les parts respectivement attribuables à l'exercice physique et à l'alimentation dans les déséquilibres nutritionnels ;
- et a fortiori la part imputable précisément à la consommation excessive de sel, de sucre et de lipides, qui varie selon les pathologies.

Dans ces conditions, l'approche de la mission a consisté, à partir des études les plus récentes et les plus fiables, à estimer le socle incontestable des dépenses imputables aux déséquilibres alimentaires (alimentation et exercice physique confondus) et à procéder à une évaluation plus forfaitaire des autres éléments.

Au total, l'estimation des dépenses de l'assurance-maladie liées aux déséquilibres de l'alimentation a fait l'objet d'une appréciation divergente des membres de la mission.

- Pour l'IGAS, dont la position est exposée dans l'annexe VI-1, seule l'évaluation du « surcoût de l'obésité » estimé, d'après les études présentées précédemment à 2,3 à 2,4 Md€ au total en y comprenant les surcoûts liés au cancer, présente un degré convenable de fiabilité. Même en doublant cette estimation aux alentours de 5 milliards pour tenir compte des coûts que peuvent induire les soins liés à une alimentation déséquilibrée n'entraînant pas une obésité caractérisée (surpoids, carence diverses...) on resterait dans un chiffrage incertain et large. L'obésité et le surpoids, en effet ne résultent pas de la seule alimentation, mais du déséquilibre entre celle-ci et les dépenses énergétiques – les personnes souffrant de surcharge pondérale étant exposées également à une excessive sédentarité de leurs modes de vie.

- Pour l'IGF, dont l'analyse est exposée dans l'annexe VI-2, ce coût s'établit au minimum entre 11,5 et 14,5 Md€. L'IGF souligne que les estimations IGAS ne sont pas actualisées en 2006 en fonction de l'évolution de la prévalence et du coût des traitements, observée depuis 2002 ; ces estimations ne prennent pas en compte non plus la totalité des dépenses de soins imputables à la consommation excessive d'alcool. Pour sa propre évaluation, l'IGF fait intervenir un certain nombre de corrections de l'étude Emery, tenant compte des données 2006 sur la prévalence des facteurs de risque dans la population en surpoids, et formule des hypothèses plus élevées sur les dépenses liées à l'alcool et aux maladies cancéreuses. Elle indique que la fourchette haute de son estimation reste très inférieure aux remboursements effectués par l'assurance maladie aux personnes en surpoids et obèses au titre des affections de longue durée, identifiées comme ayant un lien avec la nutrition (diabète, hypertension, maladie cardio-vasculaires ; maladies du foie et cancers).

Les membres de la mission sont d'accord pour ne pas considérer comme soutenable durablement la poursuite des tendances actuelles pour l'assurance-maladie et pour juger nécessaire un renforcement de la prévention en amont de l'apparition de ces états de santé à risques et de leur traitement médical : une meilleure alimentation associée à davantage d'exercice physique permettrait de diminuer sensiblement les principaux facteurs de risque de l'obésité, des maladies cardio vasculaires, du diabète et de certains cancers. Cette politique ne serait certes pas seule suffisante pour limiter la progression des dépenses de l'assurance-maladie. Mais elle pourrait avoir des effets importants sur les dépenses à terme de celle-ci.

C'est dans ce contexte que se pose la question d'un prélèvement fiscal sur les aliments trop gras, trop sucrés, trop salés visant à modifier les comportements alimentaires.

DEUXIEME PARTIE

LA DÉFINITION DES MODALITÉS D'UNE ACTION PAR LA VOIE FISCALE

Diverses propositions parlementaires, visant à modifier la fiscalité applicable aux consommations alimentaires sur la base de considérations nutritionnelles, ont été formulées au cours de la période récente. L'association de consommateurs « UFC-Que choisir ? » a elle-même pris position en faveur d'une telle initiative à l'automne 2007⁹⁵. Enfin, la direction de la Sécurité Sociale a animé en 2006 et 2007 un groupe de travail administratif visant à étudier les modalités de la création d'une taxe nutritionnelle⁹⁶.

Les finalités poursuivies par ces propositions apparaissent néanmoins assez différentes : certaines d'entre elles visent au premier chef une modification par les prix des comportements alimentaires et proposent simultanément d'augmenter la taxation des produits à éviter et de baisser celle applicable aux produits dont la consommation doit être développée, à savoir les fruits et légumes. D'autres propositions, notamment l'amendement présenté par M. Vasselle au nom de la Commission des affaires sociales du Sénat, discuté à l'occasion de l'approbation du PLFSS 2008 et écarté in fine en Commission mixte paritaire, visent à créer une ressource nouvelle pour la Sécurité sociale, assise sur quelques produits de « grignotage » dont l'excès de consommation doit être évité et peut contribuer à la croissance des dépenses d'assurance-maladie.

Les modalités proposées sont également différentes : certaines propositions envisagent une action dans le cadre des taux de TVA. D'autres proposent la création d'un impôt nouveau, la taxe nutritionnelle.

La mission a estimé utile de dresser un diagnostic de la situation fiscale existante au regard des objectifs nutritionnels, de mesurer les contraintes et difficultés qui devaient être prises en compte dans la définition d'une nouvelle taxation avant d'examiner la faisabilité des différentes options techniquement et juridiquement envisageables.

I. UNE RÉFORME A PRIORI DÉLICATE

A. La faible prise en compte des préoccupations nutritionnelles dans le dispositif actuel⁹⁷

1. La définition du principal impôt qui pèse aujourd'hui sur les consommations alimentaires au sens large, la TVA, ne prend pas en compte une logique de santé publique

a) Le taux réduit appliqué à la plupart des consommations alimentaires à domicile représente une importante dépense fiscale, faiblement modulée en fonction de préoccupations nutritionnelles

La plupart des produits alimentaires et des boissons vendues pour la consommation à domicile sont actuellement soumis au taux réduit de TVA de 5,5%, à l'exception notable de quatre catégories de produits, soumis au taux normal de 19,6% : les boissons alcoolisées et divers produits alimentaires comportant de l'alcool, les graisses végétales et les margarines, les confiseries et certains produits de chocolat, ainsi que le caviar.

⁹⁵ Étant fait observé que les autres associations de consommateurs notamment la CLCV rencontrée par la mission, sont loin de partager cette prise de position.

⁹⁶ Le contenu de ces différentes propositions est présenté dans l'annexe VII données fiscales.

⁹⁷ Sur le détail de la fiscalité applicable et des comparaisons avec d'autres pays occidentaux, voir l'annexe VII « Données fiscales ».

L'application d'un taux réduit aux consommations destinées à l'alimentation humaine se justifie par leur caractère de première nécessité et est conforme aux dispositions communautaires sur le champ d'application des taux réduits de TVA. **Elle entraîne un manque à gagner global pour les finances publiques par rapport à l'application d'un taux normal, estimé par la DGTPE à 17 Md€ sur la base des comptes nationaux 2005.**

L'application des taux « normaux » aux quatre catégories de produit cités s'explique pour des raisons largement historiques :

- des considérations de santé publique et de financement de la Sécurité sociale ont conduit à l'application d'un taux normal aux produits et boissons contenant de l'alcool. De fait, les sommes perçues à ce titre sont affectées au financement de la Sécurité sociale depuis 2000 ;
- selon la DLF, aucune considération sanitaire n'a prévalu dans les autres choix. On peut penser que pour le caviar et les confiseries, le caractère de « première nécessité » ne s'appliquait pas entièrement pour des consommations plus liées au plaisir ou au luxe qu'à la satisfaction de besoins alimentaires de base⁹⁸.

Considérée d'un strict point de vue nutritionnel, cette « majoration » des taux appliquée à ces quatre catégories de produits apparaît rationnelle. Mais une telle majoration pourrait s'appliquer à des produits voisins, dont l'effet nutritionnel est tout aussi avéré :

- taxer au taux normal les graisses végétales et la margarine sans taxer les huiles fluides alimentaires, les graisses animales et le beurre aussi riches en lipides⁹⁹ dont la consommation doit être davantage limitée selon le PNNS, n'est pas complètement logique ;
- taxer au taux normal certains produits de chocolat, en taxant au taux réduit d'autres chocolats, quasiment aussi riches en sucres et en lipides et inclus dans de nombreuses confiseries et gâteaux ou aliments destinés aux enfants, n'est pas non plus totalement conforme à des préoccupations nutritionnelles ;
- il apparaît par ailleurs que le caractère de « seconde nécessité » des confiseries ou du caviar peut être partagé par de nombreux autres produits alimentaires, obéissant aux caractéristiques de produits « à calories vides » ou excessivement riches en acides gras saturés, dont la consommation pourrait ne pas être encouragée par l'application d'un taux réduit.

On peut et doit noter que les autres pays européens appliquent généralement eux aussi des taux réduits, voire des taux 0, sur la plupart des produits alimentaires mais que certains d'entre eux (et notamment la Grande-Bretagne¹⁰⁰ depuis peu mais aussi la Belgique par exemple) appliquent un taux normal à d'autres produits que la France, dont les boissons sucrées.¹⁰¹

⁹⁸ Pour les margarines, on peut penser que les préoccupations relatives aux produits laitiers qui leur sont concurrents ont été plus déterminantes que des considérations nutritionnelles.

⁹⁹ 100 grammes de beurre apportent autant de calories que la margarine (700 calories) mais apportent davantage de cholestérol. 100 grammes d'huiles végétales apportent 900 calories.

¹⁰⁰ La Grande Bretagne, qui applique généralement un taux 0 aux produits alimentaires, a décidé récemment d'appliquer un taux de 17,5% sur les crèmes glacées et les glaces, les confiseries et les boissons non alcoolisées ; elle a décidé de taxer au même taux, quand ils sont emballés, les chips, frites et produits similaires, les céréales gonflées ainsi que les noix salées ou grillées autres que les noix dans leur coquille.

¹⁰¹ Sur les éléments de comparaison internationale voir les pièces jointes à l'annexe « données fiscales ».

b) La TVA applicable aux produits de restauration favorise davantage les « ventes à emporter » et le « snacking » que la restauration sur place

Les règles de TVA applicables au secteur de la restauration sont fondées sur la distinction entre les « ventes à emporter » de produits alimentaires ou de plats préparés et les « ventes à consommer sur place » :

- les ventes à consommer sur place dans les restaurants (rapides ou traditionnels) constituent une prestation soumise au taux normal de 19,6% ;
- la restauration à emporter est assimilée sur le plan fiscal à la vente de produits alimentaires à domicile : elle suit en conséquence le taux du produit concerné, qui est en général le taux réduit (article 278 bis du CGI).

D'un strict point de vue nutritionnel, on peut faire observer que l'application d'un taux réduit à la restauration à emporter est de nature à encourager le « *snacking* »¹⁰² sous toutes ses formes et le développement de la consommation de sandwiches et viennoiseries diverses à toutes heures du jour, en substitution de repas conviviaux ou familiaux à heures régulières, qui seraient, selon certains travaux¹⁰³, l'un des remparts de l'exception française.

2. Les droits d'accises sur l'alcool, dont le produit a été affecté au financement de la Sécurité Sociale, pèsent de plus en plus marginalement sur le prix de vente de celui-ci.

La mise en œuvre d'une taxation indirecte sur les boissons est très ancienne. Dans le cadre des directives communautaires, elle donne lieu à un contrôle-matières et des modalités de recouvrement assez lourdes, gérés aujourd'hui par la Direction générale des douanes et des droits indirects, et à la définition de règles d'assiette et de taux assez complexes, généralement inconnues du consommateur de base.

Son produit, de l'ordre de 2,9 Md€ à 3 Md€ depuis plusieurs années, est affecté pour partie au financement de la Sécurité sociale (droits de circulation et de consommation sur les boissons alcoolisées qui ont représenté en 2006 un produit de 2,6 Md€) depuis 2000.

Cette fiscalité n'a pas été revalorisée depuis 1982 pour les vins « tranquilles », 1986 pour les vins mousseux, 1996 pour les alcools forts et les bières, sauf pour les « prémix ».

Il ressort de l'examen des taux applicables par boisson les constats principaux suivants :

- cette fiscalité spécifique pèse très faiblement sur le prix de vente des vins et bières mais plus sensiblement sur celui des alcools distillés : 3,4 centimes le litre de vin, quel que soit son crû et son prix de vente, 8,4 centimes le litre de champagne, 1,3 à 2,6 centimes le litre de bière, 7,25 € la bouteille d'alcool à 50°. On n'est pas dans un dispositif aussi dissuasif que la fiscalité du tabac ou aussi pénalisant pour le consommateur que la fiscalité applicable aux produits pétroliers, même sur les alcools distillés ;
- cette fiscalité ne taxe pas le degré d'alcool pur contenu dans les diverses boissons alcoolisées de la même manière : le degré d'alcool pur contenu dans un litre de pastis par exemple sera taxé à 17,39 centimes quand le degré d'alcool pur contenu dans un litre de vin à 12° sera taxé à 0,28 centimes.

¹⁰² Le terme de « *snacking* » désigne la consommation de produits qui ne nécessitent pas d'être consommés à une table et qui peuvent être pris en dehors des repas réguliers comme à leur place.

¹⁰³ Ainsi, Claude Fischler (cf. ouvrage cité plus haut) indique-t-il : « *En France et en Italie, l'accent est mis sur la forme du manger- repas structuré, horaires fixes, ordre des mets, partage autour de la table -, qui découle naturellement d'une culture et de traditions qui semblent s'imposer d'elles-mêmes. Finalement, dans ces pays, il est assez « simple » de bien manger* ».

Les éléments de comparaison internationale, rassemblés par la mission, font apparaître que les prix des boissons alcoolisées en France étaient en 2006 inférieurs de 10% à la moyenne des prix des pays de l'Union européenne. Cette situation n'est en rien le fruit des régulations du marché : les droits d'accises appliqués par un grand nombre de pays scandinaves ou de culture anglo-saxonne (Royaume Uni et Irlande) sont beaucoup plus élevés que les droits français sur les boissons alcoolisées les plus couramment consommées¹⁰⁴.

On observera, pour finir, que des droits d'accises sont appliqués aux boissons non alcoolisées, hors jus de fruits et nectars, et ont rapporté en 2006 76,65 M€. D'un strict point de vue nutritionnel, on peut souligner que :

- l'essentiel des ressources procurées par ces droits repose sur les eaux en bouteille qui représentent les trois quarts des volumes de boissons non alcoolisées en 2006 selon l'INSEE : rien, d'un point de vue nutritionnel, ne justifie cette taxation spécifique sur l'eau ;
- l'exclusion des jus de fruit et nectars se justifie peut être par les vitamines qu'ils apportent mais l'apport en sucres simples d'un jus de fruit est analogue à celui d'une boisson rafraîchissante édulcorée au sucre¹⁰⁵ et l'OMS considère que leur consommation ne doit pas être encouragée.

3. Les initiatives fiscales récentes dans le secteur alimentaire n'ont pas toutes pris en compte le souci d'un meilleur équilibre nutritionnel

a) La taxe sur les publicités alimentaires

Les opérations publicitaires et promotionnelles sur les produits alimentaires doivent être accompagnées d'informations sanitaires. Si cette information fait défaut, une taxe de 1,5% du montant des dépenses est due au profit de l'institut national de prévention et de l'éducation pour la santé (INPES) (article 1609 octovies du CGI entré en vigueur le 1^{er} mars 2007 suite à la loi de santé publique de 2004).

Le rendement de cette taxe est très faible, une centaine de milliers d'euros en 2007, 30 000 euros pour les quatre premiers mois de 2008 (fin avril 2008). Son recouvrement ne fait pas l'objet d'un contrôle spécifique de la DGI, ni de l'INPES pour le compte de la DGI, malgré ses modalités originales d'assiette.

Les effets de cette taxe ne doivent pas cependant être mesurés sur le plan financier. Sa mise en œuvre en 2007, obtenue non sans difficultés auprès des professionnels, a permis en effet la forte pénétration dans les esprits des cinq principaux messages nutritionnels du PNNS qui sont associés dorénavant à toutes les publicités alimentaires¹⁰⁶.

Il n'est pas certain cependant que le caractère de « mise en garde » de ces recommandations à l'égard des produits qu'elles accompagnent soit toujours clairement perçu¹⁰⁷, le génie publicitaire sachant parfois fort bien jouer sur l'ambiguïté ; il est vrai cependant que tout le monde en France sait aujourd'hui qu'il faut manger cinq fruits et légumes par jour, éviter de manger trop gras, trop sucré et trop salé, pratiquer de l'exercice physique et a entendu parler du couple indissociable pour les nutritionnistes : « manger-bouger ».

¹⁰⁴ Cf. taux appliqués par les divers pays de l'Union dans l'annexe VII.

¹⁰⁵ Cf. annexe VIII Données sur l'assiette.

¹⁰⁶ Cf. bilan de la pénétration des messages dans la population établi par l'INPES en annexe IV.

¹⁰⁷ Cf. enquête de « Que choisir ? » à ce sujet.

Aucune étude n'a pu cependant jusqu'à présent établir les effets positifs ou négatifs de ces messages sur les comportements alimentaires effectifs des Français : il est certainement trop tôt et assez difficile méthodologiquement de le faire.

b) La taxe sur les poissons

L'article 60 de la loi de finances rectificative pour 2007, codifié à l'article 302 bis KF du code général des impôts a institué, à compter du 1^{er} janvier 2008, une taxe sur les ventes au détail en France métropolitaine de poissons, crustacés, mollusques et autres invertébrés marins ainsi que sur les produits alimentaires comportant plus de 30% en poids de ces produits de la mer. Cette taxe, votée pour permettre le financement d'un dispositif de soutien aux marins-pêcheurs est due par les personnes dont le chiffre d'affaires de l'année précédente a excédé un seuil de 763 000 €. Le taux de la taxe est fixé à 2% et le montant de l'impôt est calculé sur le montant hors taxe des ventes de ces produits de la mer.

Sans méconnaître les difficultés de la profession des marins-pêcheurs et la nécessité de dégager des moyens financiers pour faire face aux engagements pris à leur égard, il faut constater que la mesure prise a renchéri de 2% le prix d'une denrée, déjà relativement chère, dont le développement de la consommation paraît devoir pourtant être encouragé, sur la base des recommandations du PNNS ainsi que pour améliorer la situation économique du secteur de la pêche.

B. Les grandes difficultés d'une réforme de la fiscalité alimentaire ne sauraient être sous-estimées

Toucher par l'action fiscale un sujet aussi symbolique, vital et médiatique que l'alimentation n'est évidemment pas simple dans un pays comme la France, qui a fait de ses traditions agricoles un fer de lance de sa compétitivité et envisage d'inscrire sa gastronomie au patrimoine mondial de l'humanité.

Les producteurs et distributeurs du secteur alimentaire ainsi que ceux de la restauration pèsent d'un poids économique conséquent et le nombre d'emplois directs et indirects qui dépendent de leur activité est élevé. Ils sont seuls à détenir des moyens technologiques et financiers suffisants pour améliorer la qualité nutritionnelle tout en maintenant des prix accessibles au plus grand nombre.

1. L'alimentation est un sujet symbolique et médiatique

a) Un sujet symbolique

Le PNNS prend soin dans son préambule de rappeler les dix principes d'action qui fondent son action, dont certains méritent d'être particulièrement rappelés à ce stade, car ils éclairent significativement le contexte dans lequel doit s'inscrire une éventuelle action fiscale à visée nutritionnelle.

Le premier principe posé est le suivant : « **Le choix alimentaire est un acte libre**, dans le contexte culturel et social propre à chacun » : en d'autres termes, toucher d'une façon ou d'une autre à la liberté de choix des aliments et d'accès à l'alimentation atteint une liberté fondamentale et l'intervention de l'État ne peut se justifier que par des considérations évidentes pour tous d'intérêt général et de santé publique.

Un autre principe tout aussi important est affirmé : « Outre sa vocation biologique, **l'acte alimentaire a une forte charge culturelle, sociale et affective** : c'est en France un moment de plaisir revendiqué. Le PNNS prend en compte la triple dimension biologique, symbolique et sociale de l'acte alimentaire ». Le « cru et le cuit » ont de tous temps captivé les ethnologues compte tenu des symboliques fondamentales d'une société qu'ils révèlent. Le travail des sociologues¹⁰⁸ montre de ce point de vue les écarts qui peuvent exister entre les modèles italien ou français et le modèle américain. Selon le travail de Claude Fischler, déjà évoqué, les Américains évoquent peu les qualités gustatives ou sensorielles des produits et les considèrent plutôt sous l'angle diétético-sanitaire. Cette dimension « santé » est secondaire dans les propos européens. L'alimentation américaine est une affaire individuelle (chacun mange ce qu'il veut, à l'heure où il veut, sous la forme et dans les délais qu'il veut et est seul responsable de l'équilibre de son alimentation). En Europe elle serait affaire de convivialité et de plaisir partagé.

Un troisième principe est clair : « Aucun message émanant du PNNS ne saurait interdire ou bannir la consommation d'un quelconque aliment (si sa consommation n'est pas interdite par la réglementation) ». Cette position encadre nettement l'intervention de l'État : celui-ci s'interdit de prohiber d'une façon ou d'une autre la consommation d'un produit dont la commercialisation ne peut faire l'objet d'une interdiction. De ce dernier point de vue (qui n'est pas sans lien avec le précédent), la position française apparaît moins interventionniste que celle du Royaume-Uni par exemple, qui s'est engagé depuis longtemps dans une politique visant à définir et faire connaître le profil nutritionnel plus ou moins recommandable des aliments commercialisés.

La Food standards agency a en effet construit un modèle (nutrient profiling model) qui sur la base du contenu nutritionnel de 100 grammes de nourriture solide ou de boissons permet de classer les aliments selon leur caractère plus ou moins bon pour la santé ; ce modèle sert de base à la régulation de la publicité télévisée à l'égard des enfants pour certains produits ; il sert également de base à un étiquetage original signalant très simplement et lisiblement le profil des produits commercialisés¹⁰⁹.

En France les travaux conduits sur le profil nutritionnel restent cantonnés au monde de la recherche et sont peu nombreux ; l'AFSSA a cependant commencé d'y travailler récemment à la suite de l'initiative engagée par la Commission européenne sur les profils nutritionnels, mais ce travail est loin d'être achevé ni public pour l'instant.

Faire prévaloir dans un tel contexte l'idée d'une taxe à visée comportementale et nutritionnelle, significativement dissuasive, dans un but de santé publique, à l'image de ce qui a pu se faire dans le passé pour l'alcool et récemment pour le tabac, peut soulever des objections passionnées. Plus d'un interlocuteur de la mission a mis en garde celle-ci sur le caractère contre-productif d'un quelconque fléchage de « mauvais aliments » ou d'une « médicalisation » à l'anglo-saxonne de l'alimentation, qu'induirait la mise en place d'une taxe nutritionnelle.

b) Un sujet médiatique

Durant toute son enquête, la mission a pu constater que le sujet de l'alimentation suscitait quotidiennement l'intérêt de tous les journaux, sous tous ses aspects. L'accent a été beaucoup mis en particulier au cours de ces derniers mois sur la flambée des prix alimentaires et ses incidences sur le pouvoir d'achat des Français en général et des plus pauvres en particulier, quand la crise alimentaire mondiale ne faisait pas la Une.

¹⁰⁸ Travail de Claude Fischler et son équipe déjà évoqué.

¹⁰⁹ Cf. annexe VIII.

Mais le marché de la « santé par l'alimentation » est florissant, les peurs devant la « junk food » sont réelles. Et la presse, à la recherche d'un lectorat, sait que le sujet est « porteur » et consacre de larges pages à ces sujets de préoccupation quotidienne¹¹⁰ ou périodique (comme le rappellent chaque année les « marronniers » consacrés aux « régimes avant l'été »). Elle n'est pas la seule concernée : la prolifération de sites consacrés à la diététique ou à l'alimentation sur Internet montre que le « business » est plus rentable que d'autres et fait venir internautes et ressources publicitaires¹¹¹.

Toucher à la fiscalité alimentaire dans ce contexte suppose de tenir compte des passions, vite relayées par les médias, qu'une telle initiative peut occasionner et de construire un discours clair et précis sur les intentions poursuivies, les objectifs visés et les effets attendus, sans oublier que la publicité du secteur alimentaire et de la grande distribution contribue pour plus d'un tiers au financement des médias. On ne saurait cependant exclure, compte tenu de l'intérêt croissant manifesté par les Français (et notamment les femmes) pour la santé dans l'alimentation, que certains médias ne puissent être des alliés de la réforme.

2. Le secteur alimentaire est un important vecteur de la compétitivité et de l'emploi en France

D'après les statistiques de l'INSEE les Français ont consacré en 2006 150,6 Md€ à la consommation de produits alimentaires et boissons à domicile et 48,2 Md€ aux services de restauration (dont 11,3 Md€ pour la restauration collective). Le total de ces deux postes représente 15,4% de la consommation effective des ménages. Les retombées de ces dépenses sur le reste de l'économie sont considérables.

a) Un vecteur de la compétitivité et de l'emploi

Les éléments résultant des enquêtes d'entreprises de l'INSEE ou du Ministère de l'Agriculture (Agreste), figurant en annexe V, montrent le poids que pèsent dans l'économie et sur l'emploi les secteurs fournisseurs des produits et services ainsi consommés.

Il ressort ainsi des derniers résultats disponibles de l'enquête Agreste que les **entreprises agroalimentaires de plus de 20 salariés ont réalisé 129 Md€ de chiffre d'affaires HT** en 2006, dont près d'un quart pour les industries des viandes, 18% pour l'industrie laitière, 15,7% pour l'industrie des boissons, et le reste pour des industries diverses. **18% de leur chiffre d'affaires a été exporté** et le résultat courant d'ensemble du secteur a représenté 4,2% du chiffre d'affaires. Une enquête récente de l'ANIA¹¹², fournie à la mission complète utilement ces chiffres et fait apparaître le poids des petites et moyennes entreprises dans les adhérents de son secteur.

¹¹⁰ Il peut apparaître significatif qu'un journal comme France Soir ait fait la Une du numéro 1 de sa nouvelle formule le 31 mars 2008 sur les 35 000 morts par an à l'origine duquel serait l'excès de sel dans l'alimentation selon un chercheur de l'INSERM.

¹¹¹ Véritable manne économique pour les éditeurs également, les livres sur les régimes paraissent en grand nombre tous les ans en librairie : près de 1 200 titres nouveaux sortent chaque année et correspondent à 1 million d'exemplaires vendus. 80% du marché est concentré par 5 éditeurs. Le pic des ventes se situe généralement avant l'été entre avril et juin. La vente en pharmacies des produits diététiques et compléments alimentaires aidant à maigrir connaît les mêmes pics et se porte tout aussi bien si l'on en croit les devanures de celles-ci.

¹¹² Association nationale des industries agro-alimentaires.

La lecture du tableau détaillé selon les branches figurant en annexe montre néanmoins que **les performances en termes de rentabilité et d'exportation sont très variables selon les secteurs** et que certains sont en nette difficulté quand d'autres sont plus que florissants : ainsi la rentabilité (supérieure à 10% du chiffre d'affaires) des secteurs de la champagnisation, des eaux de vie naturelle ou des brasseries n'a-t-elle rien à voir avec celle de l'industrie des poissons ou des viandes. Ces situations très diversifiées doivent à l'évidence être prises en compte dans les éventuelles décisions fiscales, en intégrant leurs éventuelles conséquences pour la rentabilité des entreprises et leur capacité d'investissement dans la recherche ainsi que pour la création et le maintien de l'emploi d'autre part.

Le nombre de personnes employées par les IAA, les commerces alimentaires et les entreprises de restauration peut être estimé d'après ces enquêtes à 1,8 millions, dont 1,3 millions de salariés environ. Ces chiffres font en particulier apparaître le poids considérable que pèse encore en France le commerce alimentaire artisanal (boulangeries, boucheries et charcuteries, etc... qui emploient 320 000 personnes) à côté de la grande distribution (521 000 personnes y compris le commerce non alimentaire) ou celui des effectifs des IAA proprement dits (de 372 000 personnes selon Agreste) à côté de ceux de la restauration commerciale (111 000 personnes).

Le contenu en emplois du chiffre d'affaires est bien différent selon les secteurs : de l'ordre de 104 000 € par emploi dans le secteur des corps gras, il ne dépasse pas 26 000 € dans le secteur des biscuits, celui de la fabrication industrielle du pain ou encore de la préparation de viandes et de charcuterie selon les statistiques d'Agreste. Le ratio moyen CA/ emploi de la grande distribution atteint 316 000 € quand celui d'une boulangerie-pâtisserie est de l'ordre de 51 000 €, celui d'une charcuterie artisanale de 75 000 €.

Ces consommations alimentaires des ménages constituent un débouché majeur de la production agricole et des revenus des agriculteurs, soit directement (à hauteur de 15% des consommations alimentaires à domicile des ménages), soit indirectement par le biais des industries agroalimentaires (qui ont consacré en 2004 30 milliards d'euros de leurs consommations intermédiaires à l'achat des produits de l'agriculture et de la pêche¹¹³) ; au moment de la réforme de la PAC, les conséquences entraînées par la diminution de la consommation de certains produits du « terroir » français pour des considérations de santé publique peuvent être vigoureusement combattues : toucher au revenu des vignerons ou des producteurs de lait ou à celui des producteurs de fromages peut mobiliser des régions entières.

b) Un secteur qui intègre de plus en plus les préoccupations nutritionnelles

Comme le souligne le Monde Économie du 1^{er} avril 2008, les grandes firmes ont, depuis longtemps, pris conscience du sujet nutritionnel et des évolutions de l'attitude des consommateurs et consacrent des moyens importants de recherche et d'investissement à l'amélioration de la qualité nutritionnelle de leurs produits.

« L'obésité est un obstacle majeur sur la route de l'industrie alimentaire. Les géants du secteur sont amenés à prendre les devants et ont d'abord joué la carte des produits « allégés ». Selon une étude de Goldman Sachs de février 2007, les deux tiers des nouveaux produits lancés entre 2002 et 2005 par Kellogs, plus de 40% de ceux de Danone et de Coca-Cola, près de 30% de ceux de Nestlé, Unilever et Kraft, présentaient de telles « allégations santé ». Les industriels s'efforcent aujourd'hui de généraliser ce positionnement à l'ensemble de leurs produits. Quitte à se débarrasser des plus pénalisants, comme la biscuiterie pour Danone, ou à réduire le recours à certains ingrédients : Nestlé a fixé pour objectif une réduction de 25% du sel contenu dans l'ensemble de ses produits d'ici à 2010, et de 16% du sucre d'ici à 2012. »

¹¹³ Cf. détail de ces consommations intermédiaires en annexe. Les consommations intermédiaires de la restauration transitent, quant à elles, essentiellement par les IAA à hauteur de 17,2 Md€ en 2004, 600 M€ étant par ailleurs directement consommés auprès du secteur de la pêche.

Il est clair que les plus grandes entreprises du secteur agroalimentaire disposent seules des moyens suffisants et efficaces pour réorienter leur production vers des produits moins gras, moins sucrés et moins salés à moindre coût. C'est d'ailleurs sur la base de ces considérations que le gouvernement a engagé une étroite concertation avec le secteur qui a déjà entraîné des résultats importants sur la diminution du sel dans les aliments transformés. Cette concertation se poursuit sous diverses formes : des groupes de travail ont amorcé un effort de concertation analogue à celui du sel sur les glucides et sur les lipides. Par ailleurs, un dispositif de « chartes d'engagement nutritionnel » a été mis en place au début de l'année 2007, qui devrait permettre à l'État d'afficher son soutien « immatériel »¹¹⁴ aux entreprises qui sont les plus fortement engagées dans cet effort d'amélioration nutritionnelle et contribuer au positionnement de leur image publique.

De nombreux interlocuteurs de la mission ont souligné auprès d'elle l'importance du dialogue ainsi amorcé, dont les résultats concrets pourront être progressivement mesurés grâce à la mise en place en 2008 d'un Observatoire de la Qualité de l'alimentation, dont le financement sera partagé entre l'INRA, l'AFSSA et les entreprises du secteur.

Ces considérations ont conduit la mission à exclure toute idée de taxation directe des entreprises du secteur, qui anéantirait l'effort de concertation ainsi amorcé. L'idée d'une taxation comportementale sur l'offre des IAA, visant par exemple à taxer l'utilisation dans leurs consommations intermédiaires de sel, de sucre ou de graisses ajoutées, théoriquement envisageable, serait probablement anti-communautaire, fort peu sensible économiquement et politiquement contre-productive.¹¹⁵

Au-delà des premières difficultés ainsi analysées, l'alourdissement de la fiscalité sur une dépense perçue comme de « première nécessité » dont le poids est relativement plus lourd pour les ménages modestes peut apparaître régressif et se heurter à de vives oppositions dans le pays qui a fait la Révolution pour supprimer la gabelle.

C. L'efficacité nutritionnelle et l'équité d'une action fiscale sur la nutrition méritent discussion

Dissuader la consommation de certains produits est l'objectif même d'une **taxe comportementale**. Si elle touche des produits dont l'élasticité de la demande par rapport aux prix est élevée et si elle a un effet-prix significatif, une taxe nutritionnelle incite les consommateurs à modifier leur comportement alimentaire dans le « bon sens ». Dès lors qu'elle est efficace de ce point de vue, en revanche, son rendement se réduit.

L'élasticité prix de la demande des consommateurs sur les produits taxés joue un rôle essentiel dans ce processus. Si l'élasticité est faible, le prélèvement fiscal pèse lourdement, comme il pèse actuellement par exemple à travers la fiscalité du tabac, et l'effet « bénéfique » sur la santé publique dans la population est limité.

Plus au contraire l'élasticité est forte, plus les consommateurs rechercheront des produits ou des modalités d'approvisionnement substitutives. La question est alors de savoir s'ils ne risquent pas de consommer des produits alimentaires moins bons pour la santé. C'est la question de l'élasticité de substitution qu'il était demandé à la mission d'explorer.

¹¹⁴ Ce soutien « immatériel » qui ne donne pas lieu au paiement d'espèces sonnantes et trébuchantes, n'est cependant pas dénué de toute valeur marchande. Cf. Rapport de Maurice Lévy et Jean Pierre Jouyet sur « L'économie de l'immatériel » (2007).

¹¹⁵ Cf. en annexe VI Données fiscales la partie relative aux schémas écartés par la mission.

Deux questions de nature différente sont à trancher en fonction de cette analyse des élasticités prix :

- Une action par la fiscalité peut-elle être efficace du point de vue nutritionnel ?
- Une action par la fiscalité est-elle juste socialement ?

1. Les études sur les élasticités prix n'apportent pas de certitude sur les effets des prix sur les comportements alimentaires

Depuis le début des années 2000, la question de l'élasticité-prix des produits alimentaires a fait l'objet de travaux d'économistes, encore peu nombreux.

Parmi les travaux consultés par la mission¹¹⁶, les plus anciens, publiés par des auteurs britanniques, ont été théoriques ; d'autres estimations ont été conduites dans divers pays à partir de données empiriques, issues en particulier de l'observation des achats des ménages (du type TNS Worldpanel). Les travaux très récents sur la situation française utilisent également cette source. Les chiffres et les conclusions peuvent varier sensiblement d'une équipe de recherche à l'autre.

On ne dispose pas aujourd'hui, en France, d'un corpus bien établi de savoirs et d'interprétations dans ce domaine, le débat est en cours, en particulier sur quatre points essentiels :

- *Niveau des élasticités-prix* : pour qu'une taxe sur une ou plusieurs catégories de produits puisse revendiquer un effet réel sur la situation nutritionnelle de la population, il faut que la sensibilité globale de la consommation de la population à une variation des prix des produits, ou de certaines catégories de produits, soit suffisante.
- *L'effet des prix sur les comportements de consommation* : la sensibilité des catégories sociales à faibles revenus à une hausse de prix est généralement plus élevée que celle des catégories à moyens et hauts revenus. En réaction à une hausse de prix, un changement de comportement est donc plus probable pour ces groupes de population. Globalement, ces catégories sont également celles pour lesquels les indicateurs nutritionnels et de santé sont les moins bons. En l'absence d'effets indésirables « de substitution », ce changement de comportement pourrait donc produire (au bout d'un certain temps) un effet bénéfique plus important en matière de santé pour les catégories sociales défavorisées.
- *L'équité sociale* : il convient d'apprécier les effets « régressifs » (touchant plus les pauvres que les riches) que peut avoir la taxation des produits. De nombreuses études soulignent qu'après l'instauration d'une taxe, en dépit de réductions de leur consommation, la plus grande partie des produits taxés continue d'être consommée (si on instaure une taxe de 10 % sur un produit dont la consommation est de 100€ et dont l'élasticité prix est de 0,5, la consommation reste de 95€). Tous les ménages subissent cette hausse de prix ; mais l'effet en est comparativement plus important pour les faibles revenus, qui consacrent à l'alimentation une part plus importante de leurs ressources et qui, de fait, continuent à consommer plus de produits taxés. Certains évoquent « le risque d'appauvrir encore les plus pauvres ».
- *L'efficacité nutritionnelle* : les « effets de substitution » entre produits alimentaires sont complexes et difficiles à apprécier.

¹¹⁶ Cf. annexe IX Présentation de l'analyse de cette dizaine d'études, dont les trois études françaises, non encore publiées, établies par des équipes de recherche rattachées au CNRS et à l'INRA.

- o D'abord parce que c'est bien un changement de composition de l'alimentation en *nutriments*, qui est recherché : or les aliments comprennent à la fois des « bons » et des « mauvais » nutriments : en réduisant la consommation d'un aliment pour faire baisser celle d'un nutriment « mauvais », on risque soit de réduire aussi celle d'un « bon » nutriment, soit d'inciter le consommateur à lui substituer un autre aliment comprenant d'autres « mauvais » nutriments.
- o Ensuite parce que la modification de prix peut induire aussi bien un changement de régime alimentaire, qu'un changement de pratiques d'approvisionnement (recours à des réseaux de distribution moins chers, pour une gamme de produits qui ne se limite pas nécessairement aux produits taxés).
- o Au total, il convient d'apprécier l'effet global des changements de comportement, et de s'assurer qu'ils ne seraient pas susceptibles d'annuler ou de « compenser » les effets nutritionnels bénéfiques attendus pour un nutriment.

2. On ne peut exclure que la mesure ait une faible efficacité en termes nutritionnels et des effets sociaux dommageables

Les risques soulignés par de nombreuses études ne permettent pas de garantir qu'une taxe à visée nutritionnelle aurait, sur ces points, une action positive. En effet :

- Comme le montrent les éléments détaillés en annexe¹¹⁷, l'estimation de l'élasticité prix des consommations alimentaires selon les diverses catégories de produits fait l'objet d'appréciations assez hétérogènes de la part des chercheurs. Au niveau international, la plupart d'entre eux estiment que les élasticités pour les produits alimentaires sont majoritairement inférieures à 1. Ils ont toutefois travaillé par catégories assez larges de produits, et les études sur les données françaises ne fournissent pas toutes des résultats identiques. On ne peut, sans étude complémentaire, s'appuyer sur ces résultats pour déterminer l'assiette des produits taxés. Le risque est à la fois de commettre des erreurs concernant les modifications de comportements alimentaires et d'estimer de façon biaisée les effets d'une majoration de prix sur la situation nutritionnelle globale de la population¹¹⁸.
- Afin de mesurer les risques d'inéquité, il conviendrait donc que ces effets puissent être évalués beaucoup plus finement et précisément, selon la nature des produits qu'il serait envisagé de taxer, ce que la mission n'a pu faire dans les délais impartis. L'INSERM souligne au demeurant que la plupart des réflexions concluent à la plus grande pertinence de mesures de « compensation » ciblées, de diverses natures (par exemple une baisse des prix des fruits et légumes, ou des actions spécifiques en direction des populations démunies) et à la plus grande progressivité et efficacité par vie sauvée de subventions ciblées, qui « *susciteraient sans doute un plus grand consensus que l'apparition de nouvelles taxes, aussi bien du côté des producteurs que des consommateurs* ».

¹¹⁷ Cf. annexe IX et troisième partie de l'annexe VIII données sur l'assiette des produits éventuellement taxables.

¹¹⁸ Sans parler des problèmes soulevés par la répercussion non automatique de la taxe sur les prix au détail facturés par les commerçants et industriels.

- Les effets « de substitution » devraient pouvoir faire l'objet d'études plus précises et plus approfondies que celles auxquelles a pu avoir accès la mission. Plusieurs travaux examinés sont centrés sur une « fat tax » visant en priorité les produits « gras » mais n'explicitent pas vraiment les effets de substitution observés ou pris en compte dans les conclusions présentées¹¹⁹. Les aliments correspondants sont parfois riches en d'autres nutriments indispensables à l'organisme, ce qui peut conduire à mettre aisément en lumière des effets « pervers » de diverses natures. Mais d'autres effets importants de substitution ont également été mis en lumière selon les produits par d'autres études. (Ainsi plusieurs études montrent qu'une taxe sur le sucre aboutit à une augmentation des consommations de lipides par exemple). Les données et modèles disponibles aujourd'hui en France devraient permettre de réaliser les simulations nécessaires en sollicitant les équipes spécialisées.
- Par ailleurs, l'outil fiscal pose un problème de « ciblage » de l'action sur la population dont le régime alimentaire n'est pas adapté à ses besoins. Or si, dans le cas du tabac et probablement celui de l'alcool, tout fumeur est potentiellement à l'origine de dépenses (de l'assurance maladie) auxquelles on peut estimer pertinent de le faire contribuer, en matière d'alimentation, le consommateur n'est potentiellement à l'origine de dépenses que s'il consomme « trop ». Le risque est alors de « faire payer » de nombreuses personnes qui consomment sans excès et ne sont pas, potentiellement, à l'origine de dépenses pour la collectivité. Les besoins alimentaires et les profils de consommation, par âge notamment (mais également par métiers, ou selon d'autres variables), ne garantissent pas nécessairement une adéquation des groupes « fortement taxés » et des groupes « excessivement consommateurs »¹²⁰.

3. Ces considérations peuvent être pesées au regard d'autres arguments

Avertissement : les développements de ce paragraphe 3, rédigés par la représentante de l'Inspection générale des finances, ne sont pas partagés dans leur intégralité par les représentantes de l'Inspection générale des affaires sociales.

a) L'asymétrie et les dysfonctionnements du marché peuvent être corrigés de façon pertinente par une intervention de l'État

Comme le confirment les enquêtes menées en France sur le sujet, les catégories les plus pauvres sont les plus atteintes par les déséquilibres de la nutrition et par l'obésité. Les raisons de la situation sont multiples et tiennent largement aux difficultés sociales et économiques plus grandes de ces catégories, mais deux facteurs particuliers contribuent incontestablement à la situation :

- le prix de la calorie grasse et sucrée est plus bas que celui des aliments a priori recommandés comme le poisson ou les fruits et légumes¹²¹ ; il en est de même des produits préparés par rapport aux produits frais : les catégories les plus pauvres sont contraintes, par un budget quotidien plus étroit¹²², de privilégier ces consommations moins chères, en étant particulièrement sensibles à leurs prix relatifs ;

¹¹⁹ Sauf l'étude Bonnet, Dubois et al. en annexe VIII qui explicite ses hypothèses et conclue à une forte élasticité de la junk food sans effet de substitution dommageables significatifs.

¹²⁰ Remarque formulée par l'INSERM dans son expertise collective précitée.

¹²¹ Cf. article de Darmon et al. analysé dans l'annexe « données fiscales » dernière partie.

¹²² L'enquête 2006 Budget de famille de l'INSEE ne fait pas apparaître d'écart majeur entre le budget alimentaire quotidien par personne du premier quintile (8 € par jour) et celui du cinquième quintile (11 € par jour) mais il est clair qu'au sein de ce premier quintile les écarts peuvent être importants et que certaines personnes ne peuvent consentir qu'un budget de 5 à 6 € par jour et les dépenses alimentaires représenter plus de 50% du revenu disponible une fois déduit le paiement du logement.

- ces catégories, sont moins bien informées que les autres sur les principes de base de la nutrition et moins aptes à se repérer dans le maquis de l'étiquetage des aliments pour déjouer les nombreuses allégations du marketing alimentaire.

L'INSERM indique : « Une des questions importantes posées par l'intervention en faveur des populations défavorisées est de savoir si le facteur le plus limitant est le niveau des connaissances nutritionnelles ou le coût des régimes conformes aux recommandations nutritionnelles. Kennedy et Ling (1997) insistent sur le fait que le manque de connaissances nutritionnelles n'est pas le facteur qui inhibe le changement des comportements. La pression familiale pour se conformer aux normes sociales est une force de résistance beaucoup plus importante, suivie immédiatement par les contraintes financières, qui nous intéressent directement ici.

Drewnowski et Specter (2004) font observer que les aliments les plus denses énergétiquement sont ceux qui fournissent les calories les moins chères (céréales raffinées, sucres, graisses). Par ailleurs, différentes études expérimentales (par exemple Prentice et Jebb, 2003) ont montré que la densité énergétique et la palatabilité associées aux sucres et aux graisses augmentent l'ingestion de calories. Le développement de l'obésité dans les milieux défavorisés résulterait donc de l'effet des contraintes économiques orientant les choix alimentaires vers un régime à la fois dense énergétiquement et sensoriellement attractif qui fournit le maximum de calories sous un faible volume et pour le coût le moins élevé ».

L'INSERM n'en conclue pas que l'action fiscale est la plus adaptée et préconise plutôt l'action par des subventions progressives, qu'il juge mieux ciblée mais conclue clairement au bien fondé de l'intervention de l'État sur ces déterminants économiques pour prévenir l'obésité.

L'expertise a au demeurant une position nuancée sur l'action fiscale : « on peut penser que la mise en place de ce type de fiscalité aurait un effet de signal positif, attirant l'attention des producteurs et des consommateurs à la fois sur les effets de la composition de leur alimentation sur leur santé et sur la détermination des Pouvoirs publics à conduire une politique volontaire dans ce domaine. Enfin, même si elle a peu d'effet direct sur le régime alimentaire, on peut concevoir la fiscalité nutritionnelle comme un outil de redistribution : utiliser les taxes pour financer les subventions et plus généralement les programmes d'information, dont il faudra aussi évaluer l'efficacité (Kuchler et coll., 2005) ».

b) Le caractère régressif d'un prélèvement pesant sur des consommations inélastiques mérite d'être pesé au regard des arguments de santé publique

Peut-on admettre que le prélèvement soit partiellement régressif, quand des considérations évidentes de santé publique sont en jeu ?

Pour le tabac, le débat a été depuis longtemps tranché, malgré tous les phénomènes d'addiction et de dépendance qui limitent les effets sur les comportements des fumeurs d'une variation des prix. Cette action a été efficace pour diminuer le recours au tabac, mais les fumeurs contribuent à hauteur de 9 Md€ au financement de la Sécurité sociale, quelle que soit leur catégorie sociale.

Pour l'alcool, le débat a été clairement résolu dans les pays étrangers, non producteurs de boissons alcoolisées comme la France. La consommation d'alcool a fait l'objet d'évaluations déjà anciennes sur ses coûts sociaux et financiers considérables en France¹²³. Une actualisation et une rationalisation de la fiscalité applicable aux alcools auraient sans doute des effets régressifs mais s'inscrirait dans le prolongement des priorités de la loi Evin.

¹²³ Cf. partie 3 de l'annexe IV sur la situation nutritionnelle.

Pour l'alimentation, le débat est plus complexe, compte tenu de l'absence de consensus international sur le profil nutritionnel recommandable ou non de la plupart des aliments¹²⁴. Il ressort néanmoins des débats européens, d'ores et déjà publics, qu'il y a un consensus pour inclure comme critère susceptible de « disqualifier » un aliment et recommander la modération de sa consommation le taux excessif de matières grasses saturées, d'acides gras trans et de sodium.

Si l'on considère que la consommation excessive de sel multiplie par trois les risques d'hypertension, que la consommation excessive d'acides gras saturés accroît tout aussi certainement les risques d'obésité, de diabète et de maladies cardiovasculaires, et enfin que la consommation d'acides *trans* majore les risques de ces pathologies et de certains cancers (le sein par exemple¹²⁵), les considérations de santé publique peuvent justifier une majoration de la fiscalité applicable aux produits qui concentrent le plus ces nutriments, comme pour le tabac et l'alcool.

Quelles que soient les réserves de certains scientifiques français ou étrangers sur le rôle des glucides rapides et les consommations de substitution, les aliments comportant une proportion élevée de glucides rapides représentent également des facteurs de risque sérieux pour ces pathologies : c'est du moins les considérations qui semblent avoir guidé le choix que le Royaume-Uni vient de faire, en décidant d'appliquer le taux normal de TVA non seulement aux chips, frites et produits similaires, aux céréales gonflées (pop corn) ainsi qu'aux fruits à coque salés ou grillés (hors ceux dans leur coquille) mais aussi aux crèmes glacées, aux confiseries et aux boissons non alcoolisées.

c) La surtaxation de certains produits alimentaires pourrait se révéler moins dommageable sur le plan social que d'autres mesures de rééquilibrage du déficit de l'assurance maladie

Les considérations de justice sociale ne sont pas absentes de la proposition d'une taxation à but nutritionnel pour contribuer à l'équilibre de l'assurance maladie. Parmi les outils susceptibles d'apporter rapidement une telle contribution au rééquilibrage des comptes de l'assurance-maladie, la plupart peuvent avoir un effet beaucoup plus « régressif ».

On sait que les mesures qui visent à accroître la participation des assurés à la consommation de soins pèsent d'un poids plus élevé sur les ménages à bas revenu, qui ne bénéficient pas de la CMU que sur ceux des ménages plus favorisés sur le plan financier, qu'il s'agisse de la franchise, du forfait hospitalier, du déremboursement des médicaments de confort, ou du durcissement des conditions d'admission en ALD¹²⁶. Ces mesures interviennent lors du recours aux soins et il a été depuis longtemps mis en lumière que les barrières financières n'encouragent pas les personnes démunies, qui ne bénéficient pas de la CMU, à recourir aussi précocement aux soins nécessaires que les catégories plus aisées, ce qui les expose à des soins (et parfois des dépenses) plus lourds ensuite.

Inversement, une taxation à but nutritionnel vise les gens a priori bien portants, qui peuvent s'y soustraire, quel que soit leur revenu, par leur comportement, si elle porte sur un produit faiblement nécessaire dont l'élasticité est forte. Elle vise un effet bénéfique pour la santé, a priori difficile à contester pour une large majorité de la population.

- Si l'on en croit les statistiques de prévalence du surpoids et de l'obésité ou de l'hyperlipidémie, l'effet bénéfique d'une moindre consommation d'aliments trop gras, trop sucrés, trop salés, concerne d'ores et déjà une bonne moitié (17,5 millions de

¹²⁴ Cf. partie 1 de l'annexe VIII sur l'assiette de la taxation.

¹²⁵ Comme vient de le montrer un travail de recherche de l'INSERM rendu public en mai 2008. Les risques associés à la consommation d'acides trans sont jugés si élevés aux Etats-Unis que les autorités sanitaires de New York ont décidé qu'à compter du 1^{er} juillet 2008 les graisses hydrogénées seraient totalement interdites dans toute l'alimentation industrielle et artisanale et le département de la Santé a annoncé le 3 juin 2008 que « tous les aliments servis doivent contenir moins de 0,5 grammes de graisses trans par portion. »

¹²⁶ Affection de Longue Durée

personnes) de la population adulte en surpoids ou obèse, et 11 millions de personnes hypertendues, déjà sous traitement hypotenseurs.

- Si l'on en croit les enseignements pour une fois presque unanimes des nutritionnistes, les enfants et les jeunes sont des populations à privilégier du point de vue de la prévention et de l'éducation nutritionnelle : or tous les signaux économiques du marché des produits particulièrement gras et sucrés¹²⁷ montrent la rapidité avec laquelle leurs modes alimentaires évoluent et l'urgence qui pourrait s'attacher à ce que quelques freins soient mis aux multiples sollicitations dont ils font l'objet.
- Il n'est pas certain que les gens bien portants, qui seraient certes pénalisés par la mesure, ne puissent tirer bénéfice, eux aussi, d'une moindre consommation de produits à calories vides, correspondant à des besoins faiblement vitaux.

Démunis ou moins démunis, jeunes et moins jeunes ont intérêt à ce que la dérive des dépenses d'assurance maladie à moyen terme puisse être freinée par la mise en œuvre d'une politique de prévention de l'apparition des troubles et pathologies chroniques : tous seraient en effet concernés par une réduction du niveau de la protection sociale, qui s'exercerait de façon nécessairement indifférenciée, le jour où l'on ne saura plus financer la progression de 50 ou 100% en 5 ans du coût du traitement d'une pathologie ni freiner l'apparition plus précoce de ces pathologies dans la population, combinée à l'allongement de la durée de la vie¹²⁸.

La diminution des consommations de lipides d'origine animale et de sel fait baisser immédiatement le taux de cholestérol et celui de l'hypertension de la plupart des patients traités¹²⁹. Le rééquilibrage des apports caloriques par rapport aux dépenses énergétiques est de nature à limiter le stockage des graisses excédentaires chez les candidats au diabète, à l'obésité ou à une maladie artérielle, avant qu'il ne soit « trop tard » et que la pathologie ne s'installe de façon irréversible.

Ces mesures de prévention ne sont certes pas exclusives d'une meilleure maîtrise, par d'autres moyens, de la dérive des coûts observés sur la période récente. Mais elles peuvent y contribuer immédiatement et surtout contribuer à prévenir à terme un accroissement de la prévalence des pathologies liées à ces déséquilibres.

D. Les contraintes juridiques et techniques d'une réforme de la fiscalité des produits alimentaires à but nutritionnel

1. Des contraintes attachées à l'action fiscale à prendre en compte

La définition des modalités d'une action fiscale doit tenir compte des règles communautaires et des impératifs de réduction et d'allègement des coûts de gestion des formalités administratives pour les entreprises et les administrations de l'État.

a) Les règles communautaires

Les règles communautaires encadrent assez strictement les initiatives fiscales qui peuvent être prises par les États membres en matière de fiscalité indirecte et il paraît utile d'en rappeler les grands principes, qui devront être respectés par les initiatives prises.

¹²⁷ Cf. annexe VIII données sur l'assiette.

¹²⁸ Il est peut-être moins douloureux socialement de payer 20 ou 50 centimes de plus sa bouteille de coca ou son cornet de pop corn que de payer un forfait hospitalier plus élevé de quelques euros quand on dispose d'une retraite limitée.

¹²⁹ Dans un célèbre essai paru en 2001 dans la revue scientifique Lancet, rappelle UFC-Que choisir, des patients hypertendus assignés à une diète riche en fruits et légumes et pauvre en sel ont vu en un mois leur tension baisser de 1,15 points soit, commentent les auteurs, un effet égal, voire supérieur à celui d'un médicament hypotenseur.

La fiscalité indirecte touche à la libre circulation des marchandises et à la libre prestation des services au sein du marché intérieur et la politique européenne vise à ce que la concurrence entre les États membres ne soit pas faussée par des disparités de taux et régimes d'imposition. L'article 88 du Traité portant sur les institutions de la Communauté interdit les aides d'État aux entreprises et l'article 90 interdit toute discrimination fondée sur l'origine géographique des produits. Des directives fixent les dispositions à respecter en conséquence en matière de TVA et de droits d'accises.

Il ressort de l'ensemble de ces dispositions et de la jurisprudence communautaire les éléments suivants :

- une taxe asymétrique (à laquelle ne serait assujettie qu'une partie des opérateurs en situation concurrentielle) peut être regardée comme une aide d'État ; les éventuelles restrictions du champ d'application d'une taxe doivent être dûment justifiées et ne sauraient introduire de distorsion entre les circuits de fabrication et de commercialisation des produits sans fondement économique et lien avec les objectifs visés ;
- la nomenclature des produits retenus pour un dispositif de taxation doit être compatible ou traduisible dans la nomenclature douanière pour pouvoir s'appliquer aux produits en provenance des autres États membres et des pays tiers et ne pas créer de discrimination entre les produits nationaux et les produits importés ;
- la législation communautaire autorise actuellement les États membres à appliquer un taux normal de TVA qui ne peut être inférieur à 15% et **un ou deux taux réduits de TVA qui ne peuvent être inférieurs à 5%**. Les États membres ne peuvent envisager de créer un taux réduit de TVA inférieur à 5% s'ils ne l'appliquaient pas antérieurement à leur adhésion ni exonérer la vente de certains produits ou services de toute taxation à la TVA autres que ceux expressément visés par le droit communautaire (essentiellement les activités d'intérêt général – santé, protection de l'enfance, activités non lucratives- et les activités financières) ;
- la création de taxes assises sur le chiffre d'affaires (*ad valorem*) autres que la TVA est en principe interdite par les directives TVA¹³⁰ ;
- la modification des dispositions relatives à la fiscalité indirecte et de l'assiette ou des taux de TVA par un État membre doit être notifiée à la Commission, qui examine sa conformité au Traité et aux directives en vigueur ;
- une plus grande souplesse dans la modulation des droits d'accises sur les boissons est ouverte par les directives de 1992 relatives à ces droits.

b) La nécessaire simplicité des formalités d'assiette et de contrôle

La simplification des formalités fiscales et sociales est un impératif, souvent affiché mais tout aussi souvent perdu de vue, tant pour alléger les frais de gestion des entreprises que pour réduire les coûts d'intervention des administrations publiques.

De ce point de vue, la création de taxes nouvelles paraît plutôt à éviter, le recours à un impôt existant ne nécessitant pas une adaptation très importante des systèmes comptables et informatiques des entreprises ni la mise en place d'un nouveau dispositif d'assiette, de recouvrement et de contrôle de l'administration fiscale.

¹³⁰ Notamment si elle a pour effet de s'appliquer en cascade aux différents stades de la production et de la commercialisation, sans avoir les effets de neutralité sur les circuits que présente la TVA (cf. intervention de M. du Buisson de Courson et réponse du Ministre lors des débats parlementaires relatifs à l'instauration de la taxe sur les ventes au détail de poissons et crustacés).

Depuis plusieurs années, les contrats d'objectifs et de modernisation de l'administration fiscale mettent au cœur de sa stratégie la réduction du coût d'établissement et de contrôle de l'impôt. Le non-remplacement d'un départ à la retraite sur deux sur la période à venir suppose, pour être atteint d'importants efforts de simplification de la réglementation existante : il n'autorise guère a priori la mise en place de procédures nouvelles et complexes.

Ce contexte doit être pris en compte dans l'adoption de nouvelles mesures éventuelles.

De ce point de vue la création d'une taxe nutritionnelle nouvelle coûtera dès le premier centime plus cher à asseoir et à établir (sans même parler des modalités de son contrôle) qu'une simple modification des taux de TVA applicables comme on va le voir maintenant.

2. Des contraintes attachées au caractère nutritionnel de la taxation

Toutes les informations requises pour établir une véritable taxe nutritionnelle ne sont pas réunies à l'heure actuelle en France.

- Il n'existe pas encore un dispositif analogue à celui de la Grande-Bretagne permettant d'établir le profil nutritionnel des aliments, ni même une base, scientifiquement consensuelle, permettant de déclarer à partir de quel seuil un produit peut être jugé trop gras, trop salé ou trop sucré. Il n'existe pour l'instant aucun dispositif européen sur lequel s'appuyer non plus. Un tel dispositif ne pourra probablement pas voir le jour qu'après 2010, s'il voit le jour¹³¹, mais son principe même n'est pas envisagé par le projet communautaire qui ne porte que sur les allégations nutritionnelles.
- Il n'est pas possible, en l'état imparfait des connaissances sur les facteurs de risque et des dépenses induites pour l'assurance maladie et a fortiori pour l'économie dans son ensemble, d'établir le montant global du coût social et économique imputable à l'alimentation en France.
- Il est difficile en conséquence d'établir le coût social à internaliser dans le comportement des agents économiques de la calorie en excès, pas plus que celui du gramme de sel ou de lipide en excès. Quand bien même un schéma dégradé (de type forfaitaire) serait mis en œuvre pour évaluer le prix de la calorie évitée, il serait problématique de lui associer un prix nutriment par nutriment, compte tenu des autres éléments que le seul apport calorique à prendre en compte dans les effets des aliments sur la santé.

Au-delà de ces considérations, un peu abstraites mais importantes, pour justifier la création d'un prélèvement nouveau à but strictement nutritionnel et l'adaptation de son dispositif aux objectifs visés ainsi que sa neutralité à l'égard des entreprises, la mise en place d'une telle taxe supposerait qu'existent :

- la tenue par toutes les entreprises (y compris les petites entreprises) d'une comptabilité matières de tous les produits alimentaires vendus selon leur apport calorique et/ou leur composition nutritionnelle détaillée pour 100 grammes ;
- une possibilité de contrôle par la direction générale des impôts du contenu nutritionnel déclaré des aliments et des quantités produites correspondant aux divers produits taxables, comme en matière de droits d'accises sur les boissons.

¹³¹ Cf. annexe VIII sur les divergences actuelles entre les experts internationaux des profils nutritionnels.

Pour pouvoir être mis en œuvre, un tel dispositif nécessiterait une concertation approfondie avec les scientifiques et les industriels, dont le délai n'autoriserait guère une mise en œuvre rapide. On pourrait certes essayer d'alléger de façon significative les contrôles-matières, notamment sur les petites entreprises, mais le coût fixe de gestion administratif et économique de la nouvelle taxe serait en tout état de cause supérieur à celui qui pourrait résulter de l'application d'un prélèvement existant. Il ne saurait être engagé rationnellement pour un montant de recettes limité.

II. UNE CLARIFICATION NÉCESSAIRE DES OBJECTIFS ET DES MODALITÉS DE LA RÉFORME

Sur la base des développements qui précèdent, on perçoit clairement les multiples oppositions qu'un projet de taxe nutritionnelle est susceptible de fédérer et les obstacles techniques qu'il est susceptible de rencontrer. Ce contexte général ne saurait pourtant faire obstacle à l'exercice des compétences de l'État pour préserver l'équilibre de la protection sociale, ni pour réguler le marché quand celui-ci ne fonctionne pas de façon optimale et transparente, ni pour exercer ses responsabilités de santé publique, quand l'état de morbidité de la population est à l'évidence en jeu. Mais le contexte économique et social d'une telle action est « difficile ».

Il faut en tenir compte dans l'exposé des motifs et des objectifs de la réforme à définir, ses modalités et son calendrier.

A. Les objectifs d'une réforme doivent être clarifiés

1. Le but essentiel de la réforme envisagée ne peut être que de contribuer au rééquilibrage de l'assurance maladie

La confusion des objectifs poursuivis par le projet de taxe nutritionnelle a été souvent relevée par les interlocuteurs de la mission : nombreux ont été ceux qui ont souligné devant elle le caractère « d'habillage » de la taxe nutritionnelle, qui « ne servirait qu'à trouver de l'argent pour la Sécurité sociale ». De fait, si la perspective d'obtenir des résultats sur le plan nutritionnel n'était pas crédible, ce moyen de prélèvement devrait être apprécié comme tel, et ses avantages devraient être comparés avec ceux d'autres outils susceptibles de contribuer à l'équilibre financier de la sécurité sociale.

L'objectif de cette mesure doit être clarifié : **il s'agit bien d'une mesure de rééquilibrage de l'assurance maladie, dont l'originalité repose sur l'introduction d'une variable comportementale à but préventif dans le financement de l'assurance maladie.**

L'exposé des motifs en est simple :

- les déséquilibres nutritionnels et l'alcool sont des facteurs avérés de risques non seulement de l'obésité, mais aussi du diabète, de l'hypertension, de l'hyperlipidémie et d'autres pathologies, notamment les maladies cardiovasculaires associées, ainsi que certaines formes de cancer ;
- devant la progression très rapide des dépenses observées sur certaines de ces pathologies dans la dernière décennie, des mesures ont été prises par la Haute Autorité de Santé et l'assurance maladie pour freiner la hausse du coût unitaire des traitements et engager une concertation avec le monde médical sur ce sujet. Pour freiner les dépenses à venir, il convient d'agir en amont et en particulier de mettre en œuvre des incitations visant une diminution sensible des consommations d'aliments trop gras, trop sucrés et trop salés ;

- dans un souci de cohérence, le gouvernement a décidé de revoir l'avantage fiscal, que constitue l'application d'un taux réduit de TVA, à des produits alimentaires particulièrement gras, salés et sucrés, et d'affecter le produit de cette taxation supplémentaire au bénéfice de la Sécurité sociale ;
- la liste de ces produits a été déterminée en prenant en compte, au-delà des strictes considérations nutritionnelles, l'élasticité des consommations par rapport aux prix.

La prévention de l'obésité infantile n'est pas le seul objectif, ni peut-être le plus central : sont en question aussi les autres pathologies et troubles chroniques qui concernent potentiellement un beaucoup plus grand nombre de personnes et d'ores et déjà une fraction importante de la population adulte.

Pour l'ensemble de ces raisons, le produit de la taxation envisagée sera affecté par priorité au financement de l'assurance maladie.

2. La politique de prévention définie par le PNNS doit être réaffirmée et renforcée parallèlement à l'effet de signal opéré par l'outil fiscal qui ne peut que rester ponctuel

Les principes posés et réaffirmés par le PNNS de liberté, de plaisir partagé et de tolérance ne peuvent qu'être réaffirmés. Il ne s'agit pas sur le plan nutritionnel d'interdire des consommations ni de tenter de les prohiber comme pour le tabac, mais seulement d'en diminuer l'usage moyen par la population, conformément aux recommandations de l'OMS qui indique : *« De petits changements dans les facteurs de risque présents chez la majorité des gens à risque modéré peuvent avoir des effets considérables dans le domaine des risques de décès et d'incapacité attribuables en population. Comme elles préviennent les maladies dans les populations nombreuses, de petites baisses de la tension artérielle, du cholestérol sanguin, etc. peuvent réduire de façon spectaculaire les coûts de la santé »*.

Un accroissement de la fiscalité, limité à quelques produits « symboliques », peut être suffisant pour sensibiliser l'ensemble des consommateurs aux effets généraux de leurs comportements. Son montant ne saurait être trop élevé à l'heure actuelle, compte tenu des impacts qu'il pourrait avoir sur l'inflation. (1 Md€ représente 0,11% de la dépense marchande totale des ménages, 0,66% de leurs consommations alimentaires à domicile).

Les options du PNNS 2 devraient non seulement être maintenues mais être confortées et renforcées par de nouvelles initiatives d'accompagnement de la mesure fiscale envisagée.

L'expertise internationale et française montre que l'action sur l'équilibre nutritionnel de la population ne passe pas que par la diminution des calories grasses et sucrées et du sel mais aussi par le développement de l'exercice physique, une action ciblée sur les populations à risques, une action sur la restauration collective, notamment scolaire, etc.

Quelle que soit l'appréciation que l'on puisse porter sur l'organisation des interventions du PNNS et les résultats concrets obtenus entre 2000 et 2006, dont l'évaluation n'a pas été faite¹³², l'effort engagé par celui-ci doit être poursuivi : **une partie des sommes nouvelles collectées pourrait être affectée à l'INPES dans ce but.**

¹³² Cf. annexe IV Le bilan dressé par la Cour des comptes sur le PNNS insiste sur la nécessité de procéder à une telle évaluation.

Il existe, en effet, de fortes résistances socioculturelles aux changements de comportements alimentaires, qu'une taxe ne saurait lever à elle seule et il importe que l'effort d'information, d'accompagnement et d'éducation engagé dans le cadre du PNNS soit renforcé, en lien avec les collectivités locales et les associations.

La plupart des auteurs suggèrent également qu'une action soit menée pour atténuer, voire pour compenser les effets d'une taxation sur les produits de mauvaise qualité nutritionnelle, notamment en rendant économiquement plus accessibles des produits de meilleure qualité nutritionnelle.

L'action engagée par les divers acteurs du PNNS en matière de restauration collective ou d'actions de promotion de la consommation de fruits et légumes et d'aliments « sains » par les enfants et les catégories défavorisées devrait à ce titre être renforcée.

En revanche, compte tenu de la situation des finances publiques, il paraît difficile, à l'occasion de cette augmentation des taux, de conforter les orientations du PNNS par de nouvelles dépenses fiscales et une baisse des taux applicables aux fruits et légumes (dont le coût avoisinerait 900 M€ selon les estimations de la mission). Outre le fait que sans un accord unanime de tous les États membres, une exonération ou une baisse au-delà de 5% de la TVA sur les fruits et légumes ne serait pas juridiquement envisageable, les effets à attendre d'une telle mesure sur la sous consommation de ces denrées par une partie de la population ne seraient pas avérés, et il peut apparaître beaucoup plus efficace d'agir par d'autres moyens sur ces populations cibles.¹³³

3. Les aspects économiques et sociaux d'un tel prélèvement doivent être pris en compte dans la définition de l'assiette

La liste des produits les plus caloriques, les plus gras, les plus salés et les plus sucrés figurant dans l'annexe relative aux données concernant l'assiette de la nouvelle contribution, fait apparaître la grande diversité des produits concernés.

Une approche nutritionnelle stricte, visant par exemple à taxer tous les produits dont l'apport calorique est supérieur à 500 cal/100 g, ou 2 g de sel/100 g ou 20g de sucres simples/100 g ou encore 15 g de lipides saturés/100 g, pourrait conduire à taxer des produits dont la consommation est très répandue et fait l'objet d'attachements symboliques forts, comme par exemple le saucisson et le fromage ou encore le beurre pour les Normands et la graisse d'oie pour les Toulousains. Elle pourrait aussi conduire à taxer des produits dont la production ou la distribution reste très artisanale comme les fruits confits, les sirops ou les pâtisseries fraîches. Elle pourrait également concerner des branches industrielles, dont la marge est faible et le contenu du chiffre d'affaires en emplois est élevé, comme par exemple la transformation de poissons ou la salaison des charcuteries.

On peut concevoir que le gouvernement et le Parlement envisagent avec quelques hésitations d'engager une action fiscale plus volontariste en matière nutritionnelle, en commençant par taxer des produits « symboles » ou porteurs de nombreux emplois.

Cet argument d'opportunité conduit à émettre quelques réserves complémentaires sur la mise en œuvre d'une taxe nutritionnelle « pure et dure ».

¹³³ Cf. annexe VI, données fiscales, deuxième partie relative aux scénarios écartés par la mission.

Des projets « dégradés » de taxe nutritionnelle, prenant en compte ces considérations, comme celui mis au point par le groupe interadministratif animé par la direction de la sécurité sociale, ne tiendraient pas la route longtemps sur le plan juridique et communautaire : taxer les seules pâtisseries industrielles vendues par la grande distribution, sans taxer les pâtisseries fraîches vendues par les quelques 35 000 pâtisseries et boulangeries de France ne serait guère jugé neutre économiquement ni conforme à la finalité nutritionnelle poursuivie par la nouvelle taxe. Exonérer certains produits à fort contenu calorique et pas d'autres au contenu analogue ne pourrait se justifier au regard des objectifs visés par le nouveau prélèvement.¹³⁴

4. Ces diverses considérations conduisent à recommander l'utilisation de la fiscalité indirecte existante

Si l'introduction d'une nouvelle taxe nutritionnelle peut poser de nombreux problèmes d'opportunité et de faisabilité technique, l'utilisation de la fiscalité existante en poserait nettement moins :

- aucun obstacle juridique ne s'oppose a priori à l'utilisation des droits d'accises pour taxer davantage les boissons alcoolisées et même les boissons non alcoolisées ;
- rien n'interdit à l'État français de remettre en cause l'avantage fiscal qu'il a pu accorder à la consommation de certains produits alimentaires, en leur appliquant un taux réduit de TVA.

Au demeurant, il paraîtrait difficile d'engager une politique nutritionnelle s'appuyant sur un nouvel outil fiscal tout en laissant subsister un dispositif fiscal déséquilibré.

Au moment où le gouvernement a inscrit le réexamen des niches fiscales à l'ordre du jour du redressement des finances publiques, le réexamen de ces « niches fiscales » dans le domaine alimentaire pourrait paraître cohérent, même si l'application d'un taux réduit aux produits alimentaires et à la restauration à emporter ne figure pas dans l'annexe à la loi de finances qui recense la dépense fiscale.

L'affectation au financement de la Sécurité sociale du produit de ces nouvelles taxations ne pose a priori aucun problème : la TVA et les droits d'accises sur les boissons alcoolisées et le tabac lui sont déjà affectés.

La liquidation et le contrôle du rendement de ces nouvelles taxes n'entraînent aucun surcoût (sinon l'adaptation de quelques chiffres dans les programmes informatiques) pour l'administration et les entreprises.

On est certain que la mise en œuvre des nouvelles dispositions fiscales sera neutre économiquement au sens fiscal et communautaire : une simple notification du changement à la Commission sera nécessaire.

B. Un nécessaire pragmatisme doit inspirer ses modalités

Il n'appartenait pas à la mission de se prononcer sur l'évaluation du montant de financement nécessaire à la Sécurité sociale, ni a fortiori celui que serait affecté à l'INPES pour accompagner la mesure fiscale : cet arbitrage relève à l'évidence du gouvernement et du Parlement et de considérations plus générales.

¹³⁴Cf. annexe VI, données fiscales, deuxième partie relative aux scénarios écartés par la mission.

Il ne lui appartenait pas non plus de se prononcer sur le choix des produits précis qui seraient à taxer ni sur le taux de cette taxation pour autant que celle-ci était ou non encadrée par les dispositions communautaires :

- sur les droits d'accises, les marges laissées aux initiatives des États membres sont grandes, comme on l'a vu plus haut ;
- sur la TVA les choix sont circonscrits :
 - o si le gouvernement décide de remettre en cause le taux réduit sur certains produits, il peut seulement, en l'état de la législation française, appliquer le taux normal de 19,6% ; cette hypothèse entraînera vraisemblablement une variation de l'ordre de 14% du prix des produits concernés (sous réserve du comportement d'ajustement des entreprises).
 - o le gouvernement peut aussi à cette occasion, mettre en œuvre la possibilité d'appliquer un deuxième taux réduit, ouverte par le dispositif communautaire, qui n'est pas encore en vigueur en France.

Les choix relatifs à l'introduction d'un deuxième taux réduit relèvent de considérations de politique fiscale beaucoup plus larges que celles relatives à la politique de prévention nutritionnelle. Il ne pouvait être question pour la mission de formuler des recommandations sur ce thème.

Il pouvait relever en revanche de son mandat d'assister la prise de décision gouvernementale sur le choix de l'assiette en s'efforçant d'identifier les informations disponibles sur une liste de produits très gras, très sucrés et très salés, dont la consommation ne paraît pas de première nécessité semble *a priori* assez élastique aux prix, et peut être prédominante dans des populations que l'on souhaite prioritairement préserver, à savoir les enfants.

1. La révision des droits d'accises sur les boissons

a) L'action de prévention des comportements alimentaires ayant des incidences sur les pathologies prises en charge par l'assurance maladie doit au premier chef concerner les boissons alcoolisées

L'alcool est le premier facteur de risque alimentaire des maladies cancéreuses. Il contribue aux dépenses de santé mentale dans des proportions importantes et suscite de nombreuses conduites à risques qui sont à l'origine des très forts taux de mortalité évitable constatés en France. Il est souvent un facteur aggravant de multiples « maux » de la société (accidents de la route, violences conjugales et familiales, etc...). Accessoirement, il contribue aussi aux déséquilibres de la nutrition : 10 grammes d'alcool apportent 70 calories et correspondent à 25 centilitres d'une bière à 5°, 10 centilitres d'un verre de vin à 12°, 3 centilitres d'un verre de whisky à 40°.

Il reste que le sujet de la fiscalité applicable au vin et aux alcools est tabou en France depuis plus de vingt-cinq ans, compte tenu du poids politique et économique de la filière viticole et des boissons alcoolisées.

Le maintien du revenu de ces secteurs est souvent mis en avant pour justifier l'absence de revalorisation des droits. On peut néanmoins rappeler que :

- les situations relatives des différents secteurs de la boisson sont fortement différenciées ; certaines entreprises du secteur se portent fort bien, si l'on en juge les marges dégagées par rapport au chiffre d'affaires¹³⁵ ;
- les producteurs et négociants de vin ont fort bien su défendre leur revenu, malgré la forte diminution des volumes de vins consommés, si l'on en croit les statistiques des comptes nationaux de l'INSEE¹³⁶.

Il n'entrait pas dans l'objet de la mission de se prononcer sur les modalités d'une hausse de la fiscalité sur les différentes catégories de boissons, qui relève évidemment d'une appréciation politique. Il lui revient en revanche d'observer qu'il ne serait guère cohérent de taxer davantage les boissons sucrées rafraîchissantes au motif qu'elles ne sont pas bonnes pour la santé, tout en continuant de laisser inchangée la fiscalité applicable aux boissons alcoolisées (y compris les vins, qui subissent une fiscalité relativement faible), dont les effets sur la santé sont clairement moins bons encore.

b) L'action sur les boissons sucrées non alcoolisées

L'OMS souligne dans son constat, repris par l'AFSSA, la forte probabilité selon laquelle la consommation de boissons sucrées, y compris les jus de fruits, serait un facteur de risque pour le surpoids et l'obésité. Des études multiples ont été conduites sur le sujet dans de nombreux pays.

Il y a deux façons d'accroître par la voie fiscale le prix des boissons sucrées : l'application du taux normal de la TVA ou l'application d'une taxe spécifique dans le cadre des droits d'accises.

Il a semblé à la mission que l'application d'une taxe spécifique sur les boissons sucrées pouvait se prêter à une action davantage différenciée sur les différentes catégories de boissons sucrées, et autoriserait mieux que la TVA un ajustement précis de la hausse des prix recherchée et un contrôle des consommations en volume. Cette modalité autorise en outre une affectation parfaitement claire sur le plan comptable de son produit au financement de la Sécurité sociale.

Dans ce cadre, il pourrait être envisagé de :

- continuer d'apporter un avantage relatif de prix aux jus de fruits sans sucres ajoutés par rapport aux boissons sucrées, tout en visant à modérer la progression rapide de la consommation de ces « sucres cachés » en les soumettant à des droits d'accises plus modérés que ceux qui seraient appliqués à des boissons gazeuses ;
- apporter également aux boissons rafraîchissantes allégées un avantage relatif par rapport aux autres boissons sucrées : cette orientation ne contrecarrerait pas la stratégie affichée des plus importants opérateurs du secteur, dont Coca Cola, qui va, quoiqu'on en dise, dans le bon sens et serait une contrepartie de la taxation des boissons sucrées ; quelles que soient les controverses dont peuvent faire l'objet les édulcorants inclus dans ces boissons allégées, les avis des autorités scientifiques (AESA et AFSSA notamment) ne permettent pas de justifier d'un point de vue étayé une action visant à limiter la consommation de ces boissons ;

¹³⁵ Cf. annexe V données économiques.

¹³⁶ Les consommations en valeur du vin de 2006 représentent aujourd'hui quasiment le double (+91%) de celles qu'elles étaient en 1982 alors que les volumes consommés ont augmenté de 5% : l'État puis la Sécurité sociale ont pu bénéficier de cette évolution des consommations en valeur à travers la TVA mais n'ont guère pu en bénéficier à travers les droits d'accises, assis sur les volumes et restés constants en montants par hectolitre.

- fixer le taux applicable aux boissons rafraîchissantes sucrées de telle façon que leur consommation ne soit pas aussi nettement découragée que celle de boissons alcoolisées, a priori plus nocives, même sous la forme de bière.

La mission n'a pas tranché à son niveau le sort qui devait être réservé aux eaux minérales aromatisées qui, selon l'académie de médecine (avis en 2006) « *posent le redoutable problème de l'addition en sucres* » et « *constituent un apport calorique supplémentaire* »¹³⁷.

La mission n'avait pas mandat pour suggérer une hausse des droits sur la bière et le vin, qui autoriserait l'application de droits d'accises plus élevés sur les boissons sucrées et permettrait de procurer davantage de ressources à la Sécurité sociale tout en ayant un effet prix nettement plus dissuasif sur les consommateurs de boissons sucrées.

Il est clair que si l'on recherche un effet dissuasif plus fort par les prix sur la consommation de boissons sucrées, l'application de droits de consommation plus élevés (par référence au prix TTC des boissons alcoolisées y compris TVA par exemple comme le suggérait le groupe animé par la direction de la Sécurité sociale¹³⁸) ou du taux normal de TVA serait beaucoup plus efficace (le rendement d'une mesure TVA sur les boissons sucrées serait de 320M€, celui d'une mesure analogue sur les jus de fruits serait de 251 M€ Cf. *infra* évaluation de la dépense fiscale afférente aux produits gras, sucrés et salés).

2. Les produits alimentaires susceptibles de faire l'objet d'une remise en cause du taux normal de TVA

a) Le critère de la composition nutritionnelle des aliments

Les éléments d'information réunis par la mission sur la composition nutritionnelle des produits les plus salés, les plus gras et les plus riches en sucres rapides¹³⁹ font apparaître qu'une grille, fondée sur les seuls critères d'excès de matières grasses saturées et trans et de sel, admis sans conteste par les experts réunis par la Commission européenne en avril 2006, conduirait, à revoir en priorité les taux de TVA applicables aux produits suivants :

- matières grasses d'origine animale (beurre, saindoux, etc.) et végétale au même titre que les graisses végétales déjà taxées à l'heure actuelle,
- certaines charcuteries (lard, jambon cru, saucisson, salami, foie gras),
- certains condiments (mayonnaises, vinaigrettes, sauces diverses à partir de matières grasses ; sauce au soja ; ketchup),
- les fruits à coque,
- les poissons salés (du type saumon ou anchois),
- les chips, pop corn et biscuits secs salés,
- le chocolat sous toutes ses formes et surtout les pâtes à tartiner dont le taux de lipide est très élevé et la consommation se répand très vite chez les enfants,
- les tartes (quiches, pizzas) et produits à tarte à réchauffer,

¹³⁷ Sur le contenu calorique de ces diverses boissons voir l'annexe VIII.

¹³⁸ Cf. calculs en annexe VIII.

¹³⁹ Cf. première partie de l'annexe VIII.

- les pâtisseries et certains desserts lactés.

Si d'autres produits sucrés devaient être inclus, seraient prioritairement concernés les boissons sucrées, les biscuits ou les céréales au-delà d'un certain taux de matières grasses ou de sucres rapides.

Cette liste ne correspond pas rigoureusement à celle fournie à titre indicatif par la direction générale de la Santé à la mission, qui vise les produits suivants :

- **Produits à base de céréales** : viennoiseries, pâtisseries, céréales de petit déjeuner fourrées, biscuits (avec une limite suggérée sur la teneur en matières grasses de 18 g/100g, une limite en sucres ajoutés semble plus complexe à proposer) ; barres céréalières (à discuter selon la teneur en sucres simples ajoutés) ; biscuits, chips et produits apéritifs (y compris surgelés),
- **Produits de confiseries** : barres chocolatées ; pâtes à tartiner ; chocolat (ce qui amènerait à modifier une réglementation modifiée récemment),
- **Produits gras** : mayonnaises ; crèmes fraîches entières ; beurre destiné à des utilisations alimentaires industrielles, voire beurre de consommation familiale,
- **Surgelés** : aliments à frire ; pâtisseries ; glaces ; pizza (de type 4 fromages ou équivalent) ; les tartes salées, quiches, feuilletés,
- **Charcuteries** : rillettes ; saucissons ; pâtés ; knacks knackies ; foie gras,
- **Produits dérivés du lait** : yaourts et fromages frais ; fromages blancs avec adjonction de sucre ; desserts lactés (avec ajouts de sucres) ; crèmes desserts,
- **Ingrédients** : sel,
- **Boissons avec ajouts de sucres** (boissons alcoolisées déjà prises en compte).

Comme il ne pouvait être question de majorer la TVA sur l'ensemble de ces produits, sans conséquences économiques et sociales majeures et comme elle n'était en rien habilitée à opérer un choix des produits à taxer, la mission s'est simplement attachée à recueillir des éléments d'information sur le chiffre d'affaires des principaux segments de marché concernés, pour autant que ces informations existent et soient fiables, afin d'évaluer la dépense fiscale afférente à ces produits.

b) L'estimation de la dépense fiscale afférente à ces produits

La synthèse de l'estimation de l'assiette correspondante, détaillée dans l'annexe VIII, est fournie dans le tableau ci-après :

Tableau 9 : Synthèse de l'évaluation de la dépense fiscale (valeur 2006) relative aux produits gras, salés et sucrés dont la consommation devrait être a priori modérée

en M€	Assiette	dépense fiscale	source
Charcuterie	5 600	746	Forfait Mission
Produits cuis	8 820	1 175	Forfait Mission
Beurre	1 534	204	Comptes nationaux
Huile	1 100	146	Forfait Mission
Crème	762	102	Comptes nationaux
Fromage	9 820	1 309	Comptes nationaux

en M€	Assiette	dépense fiscale	source
Condiments	715	95	Forfait mission
Sel	128	17	Comptes nationaux
Jus de fruits	1 885	251	Comptes nationaux
BRSA (hors eau)	2 402	320	INSEE
Biscuits et pâtisseries industrielles	4 000	533	Forfait Mission
Pâtisserie fraîche et viennoiserie	4 778	637	Comptes nationaux
Glaces	1 496	199	Comptes nationaux
Desserts lactés	875	117	Forfait Mission
Sucre	595	79	Comptes nationaux
Produits chocolatés	3 037	405	Forfait Mission
Total	66 296	8 833	

Source : calculs annexe VII

Il importe d'indiquer que les évaluations de la mission sont restées très forfaitaires quand les chiffres n'étaient pas fournis par les statistiques de l'INSEE : ils visent simplement à donner l'ordre de grandeur approximatif de la dépense fiscale concernée en valeur 2006.

Il ressort de ce tableau que plus de 40% des consommations en valeur des Français sont potentiellement concernées par la liste indicative, fournie par la DGS.

3. Le choix de l'assiette taxable doit rester circonscrit, lisible et cohérent pour les consommateurs

Il est évidemment hors de question que l'ensemble des consommations qui viennent d'être évoquées fassent l'objet d'un passage au taux normal de TVA.

Il importe que la liste définitivement arrêtée des produits taxés obéisse à une logique claire et admise cohérente avec le ciblage des mesures de santé publique qui l'accompagneront¹⁴⁰.

Si le seul thème de l'obésité et plus particulièrement de l'obésité infantile est privilégié, l'assiette doit concerner des produits plutôt consommés par les enfants, comme les boissons sucrées, les sodas, les crèmes glacées, etc. mais cela n'exclue pas un discours sur les aliments gras qu'ils aiment particulièrement comme les chips, les frites ou le saucisson. Dans ce cas, les mesures concernant les aliments salés seront plus difficiles à présenter¹⁴¹.

Si l'on souhaite étendre le propos aux autres pathologies et aux autres publics, l'assiette doit privilégier, à côté des boissons sucrées, la consommation d'alcool, la consommation de produits salés, mais aussi les comportements de « snacking » notamment sous la forme de plats cuisinés prêts à consommer comme les pizzas et les quiches, etc.

Dans l'hypothèse où ce recours à l'alimentation toute faite, prête à consommer et au « snacking » entrerait dans l'assiette de la réforme envisagée, on ne saurait se dispenser d'une réflexion plus vaste sur le sujet, à l'occasion tenant compte du projet de baisse des taux de la TVA dans la restauration.

¹⁴⁰ Prenant notamment en compte l'élasticité prix des différents produits sur laquelle des détails sont donnés dans les annexes VIII et IX.

¹⁴¹ Sauf à mettre clairement sur la table pourquoi la consommation de sel les concerne aussi particulièrement : on peut rappeler en effet que selon le comité scientifique sur la nutrition britannique, les enfants de moins de 3 ans devraient se contenter de 1 à 2 grammes, ceux de 3 à 10 ans de 3 à 5 grammes. Au demeurant les apports journaliers conseillés aux adultes ont été fixés entre 5 et 6 grammes au Royaume-Uni, en Allemagne et en Belgique, alors qu'ils sont est fixés à 8 grammes en France pour les enfants comme pour les adultes.

C. Une réflexion spécifique sur le développement du « snacking » et des plats prêts à être consommés devrait être associée à la baisse prévue des taux de TVA dans la restauration

1. Des modifications profondes affectent les consommations hors domicile et se traduisent par un accroissement des consommations de « snacking » et de plats préparés prêts à être consommés

Selon les Dr Cohen et Serog¹⁴², la définition généralement admise du « snacking » est la suivante : *« il s'agit d'un produit qui ne nécessite pas d'être consommé à une table et qui peut être pris en dehors des repas réguliers comme à leur place. Le lieu peut être la rue, d'où le nom de « street food » donné dans les pays anglo-saxons. »* Le « snacking » inclut selon eux les produits de grignotage, mais aussi les sandwiches, les salades, les produits laitiers, les hamburgers, les pizzas, les kebabs, les sushis, etc...

Selon des sources professionnelles¹⁴³ la restauration hors foyer au sens le plus large servirait chaque année près de 9 milliards de repas, soit 24,6 millions de repas par jour, nombre progressant régulièrement :

- ces repas seraient servis à hauteur de 50% par la restauration commerciale stricto sensu et 22% par la restauration collective. Les cafés bars représenteraient 9% de part de marché, la restauration hôtelière 6%, la distribution automatique 1% ;
- un segment important de ce marché (12%) est par ailleurs constitué par ce que l'étude désigne comme « circuits alternatifs », les cinémas, les lieux de transit, etc. mais aussi la distribution commerciale alimentaire générale ou spécialisée (boulangers, pâtisseries, traiteurs et charcutiers) à travers la mise à disposition de plats préparés à emporter (inclus dans la consommation à domicile par les statistiques INSEE).

Les Docteurs Cohen et Serog indiquent quant à eux, sans citer leurs sources, que :

- le secteur du « snacking » fait fonctionner 1 400 enseignes de chaînes de fast food, 2 000 points de vente de chaînes dédiées aux sandwiches et salades (Brioche dorée, Paul, etc.) 39 800 cafés bars et brasseries, 27 600 points de vente alternatifs, composés de stations essence, de cinémas, de grandes et moyennes surfaces ;
- en 1996, 90% du chiffre d'affaires était réalisé entre 12 heures 30 et 14 heures 30 et en 2006 seulement 50% du chiffre d'affaires ;
- désormais 59% des Français ne déjeunent plus chez eux et 30% mangent sans s'asseoir à table ;
- le sandwich est le produit phare qui se retrouve dans 1 repas sur 4 de l'homme au travail, 1 sur 3 dans un cadre de loisirs, 1 sur 2 en voyage. 21% des sandwiches sont achetés en grandes et moyennes surfaces, 20% en boulangeries, 15% dans les hôtels cafés et restaurants, 10% dans les stations essences et 24% ailleurs.

¹⁴² In leur livre récent « Savoir manger, le guide des aliments 2008-2009 » (Flammarion mars 2008), dont un chapitre entier est consacré à la valeur nutritionnelle des produits de « snacking ».

¹⁴³ Gira Sic Conseils via Agra Alimentation (10-05-2005) cité dans l'étude Xerfi sur la restauration collective d'août 2006.

Des modifications profondes affectent depuis quelques années ces consommations hors domicile, surtout chez les jeunes mais aussi chez les adultes. Les cantines scolaires des lycées sont souvent peu appréciées des élèves, les restaurants universitaires et les cantines d'entreprises doivent, pour retenir leurs clients, jeunes et moins jeunes, adapter leur offre et développer des formules « snacks » compatibles avec les nouveaux rythmes de vie et de travail qui apparaissent. On a vu la progression très rapide enregistrée par la consommation de restauration rapide, particulièrement prononcée chez les moins de trente ans.

Agir par la politique nutritionnelle sur les seuls produits alimentaires vendus à domicile demeure insuffisant. Les Français déjeunent de plus en plus souvent à l'extérieur de chez eux de l'âge le plus tendre jusqu'à leur retraite.

De fait le PNNS a largement pris en compte dans ses objectifs la nécessaire amélioration de la qualité nutritionnelle de la restauration collective, et plus particulièrement de la restauration scolaire. Mais assez étrangement le secteur de la restauration commerciale et celui de la restauration à emporter n'ont fait l'objet d'aucune initiative de sensibilisation particulière. Ces secteurs (tout comme le commerce artisanal) n'affichent généralement pas la composition des produits qu'ils proposent aux consommateurs et personne ne cherche à l'obtenir. Cet état de fait n'est d'ailleurs nullement propre à la France.

Trois phénomènes particulièrement préoccupants sur le plan nutritionnel apparaissent donc dans l'évolution des comportements alimentaires :

- la multiplication des consommations de « snacking » en dehors des repas à tout moment de la journée : pour les Français, le « snacking » évoque le « fast food » : il n'est peut-être pas inutile de noter ici que les observations faites aux États-Unis montrent que le « snacking » que les nutritionnistes tentent de combattre y est très majoritairement un comportement « à domicile » ;
- l'évolution du nombre de repas de déjeuner pris sous la forme de ventes à emporter ;
- la croissance par ailleurs des plats ou produits cuisinés, dont l'apport en sel, en acides gras trans et saturés et en glucides restent généralement inconnus des consommateurs et qui contribuent fortement aux apports en sel.

Une porosité croissante des frontières entre l'alimentation à domicile, la restauration à emporter et les autres formes de restauration peut être constatée. Les consommateurs s'adressent, selon les disponibilités, tantôt au boulanger du coin, tantôt au supermarché ou au hard discount, tantôt au restaurant rapide. Les frontières de la restauration à emporter et de la distribution classique des produits alimentaires s'interpénètrent : les plats cuisinés, quiches et pizzas se consomment autant dans les bureaux où ils passent au micro ondes qu'à domicile le soir, sans nécessiter de préparation particulière, en s'approvisionnant selon leurs prix relatifs soit dans les restaurants et « gargottes » du coin, soit chez les commerçants et artisans, soit auprès de la distribution alimentaire, non spécialisée ou spécialisée.

2. La situation appelle une réflexion renouvelée sur les options fiscales

Dans ce contexte, on peut s'interroger sur l'impact nutritionnel d'une augmentation des taux de TVA applicables aux produits prêts à consommer (sandwichs, quiches, pizzas, plats cuisinés, etc., surgelés, frais ou appertisés) vendus quel que soit le circuit de leur distribution.

Les règles fiscales applicables en matière de TVA sur les ventes à emporter assurent actuellement une neutralité entre les ventes du circuit alimentaire et les ventes du circuit restauration. La question d'un éventuel accroissement de la fiscalité applicable à ces nouveaux comportements alimentaires pourrait mériter une exploration et une concertation sur le sujet par les scientifiques de diverses disciplines et les milieux professionnels et sociaux portant à la fois :

- sur l'ampleur des évolutions affectant les comportements de « snacking » et de consommation des plats « prêts à consommer » dans la société française et leurs effets nutritionnels ; l'analyse des Dr Cohen et Sebbag souligne, de fait, les extraordinaires écarts qui peuvent exister dans le contenu en lipides, sel et calories des divers produits de « snacking » proposés ¹⁴⁴ ;
- sur les conséquences économiques concernant la production et la commercialisation de ces produits et les effets qui pourraient être attendus sur leur développement par une action fiscale ;
- sur les moyens alternatifs qu'il pourrait être envisagé d'adopter avant d'engager une action fiscale (tels que par exemple, tout simplement l'affichage du contenu nutritionnel des produits ainsi commercialisés pour l'alimentation de « snacking ») ;

Les répercussions économiques et sociales sur l'emploi et les modes de vie (des jeunes, des femmes qui doivent articuler vie professionnelle et personnelle, des ménages aux revenus les plus faibles qui consomment eux aussi ces produits à bas prix...), de ces phénomènes justifient qu'une réflexion approfondie leur soit consacrée, et qu'il en soit tenu compte pour travailler sur les questions fiscales qu'ils soulèvent.

Dans l'hypothèse où une action sur la TVA concernant les ventes à emporter apparaîtrait justifiée, il conviendrait d'articuler les décisions à prendre avec celles qui concernent la baisse des taux de TVA applicables à la restauration.

Dans l'hypothèse où les taux de TVA applicables la restauration seraient revus à la baisse, suite à l'initiative française prise à l'égard de la Commission européenne sur les TVA applicables à la restauration, il ne serait pas tout à fait cohérent de taxer davantage ces produits « prêts à consommer » quand ils seraient à emporter ou vendus à domicile et de ne pas les taxer au même taux lorsqu'ils sont vendus sur place par la restauration commerciale.

Peut-on vraiment soutenir en effet que le hamburger, le kebab ou le « brownie » acheté « en passant » au guichet d'un quelconque « fast food » est très différent sur le plan nutritionnel et même du service rendu de celui consommé sur place, en dehors du siège offert ? La coexistence de ces deux mesures reviendrait à accorder un net avantage fiscal relatif à la restauration rapide sans vraiment modifier dans le bon sens l'équilibre nutritionnel de l'alimentation des clients de plus en plus nombreux des fast food.

Sans préjuger des conséquences de la négociation engagée par la France sur les taux de TVA applicables à la restauration, on pourrait préconiser la création d'un nouveau taux réduit de TVA (de l'ordre de 10 à 12%) applicable à l'ensemble des ventes à emporter ou prêtes à consommer.

¹⁴⁴ Cf. données en annexe VIII.

Les effets d'un accroissement des taux sur l'alimentation « prête à consommer » et la restauration à emporter sur le revenu des consommateurs seraient globalement compensés par la baisse des taux appliqués à la restauration. Mais l'effet d'incitation à la consommation de restauration rapide (dont les effets probables sur le surpoids et l'obésité sont avérés¹⁴⁵) pourrait être limité si le taux applicable à celle-ci était fixé à ce taux intermédiaire. Cette distinction entre la restauration commerciale et la restauration rapide pourrait être justifiée par la définition légale de la restauration rapide qui se distingue du reste de la restauration par deux caractéristiques : l'absence de service à la table et l'utilisation de vaisselles et d'emballages jetables (à la différence des cafétérias).

Ces considérations pourraient conduire à différer la mise en œuvre d'un accroissement de la fiscalité applicable aux produits « prêts à être consommés », aussi longtemps que la baisse des taux sur la restauration ne sera pas décidée et ses modalités précises arrêtées.

¹⁴⁵ Selon l'expertise INSERM de 2005 sur l'obésité, le développement de l'offre alimentaire hors domicile est un facteur probable de développement de l'obésité : ce constat s'appuie sur une étude de Chou et coll. (2004) sur l'analyse de l'obésité aux États-Unis entre 1984 et 1999 reposant sur 1 111 000 observations au total qui a établi que le nombre de restaurants par habitant (restauration classique et restauration rapide) dans l'État de résidence a un effet important et très significatif sur l'indice de masse corporelle et sur la prévalence de l'obésité.

CONCLUSION

Les déséquilibres de l'alimentation sont à l'origine du développement de nombreuses pathologies et troubles chroniques, dont le surpoids et l'obésité, les maladies cardio-vasculaires et le diabète de type II, mais aussi certaines formes de cancer. L'excès de la consommation de graisses, de sucres rapides et de sel mais aussi l'alcool sont des facteurs certains de l'augmentation de l'incidence des risques, la pratique de l'exercice physique apparaissant comme un facteur important de protection contre le surpoids et même contre l'apparition de certaines pathologies, indépendamment du surpoids.

Selon les experts de l'OMS et de la FAO, des facteurs de nature économique jouent un rôle important sur les déséquilibres alimentaires dans les pays développés comme dans les pays en développement : en particulier la baisse des prix de la calorie grasse et sucrée ainsi que l'accroissement de la restauration hors domicile et du grignotage contribuent au développement du surpoids.

Cette situation a amené l'État, en France, à définir dès le tournant des années 2000 un programme ambitieux d'action dans le domaine de la nutrition, le PNNS. Ce programme a une visée essentiellement préventive. Il n'a pas pour objet de dégager de moyens supplémentaires pour faire face à la progression des coûts induits par ces pathologies pour l'assurance-maladie mais de modifier les comportements, essentiellement par une meilleure information générale et ciblée et un soutien aux initiatives locales.

Or les troubles et pathologies chroniques liées au surpoids et à l'obésité (hypertension, diabète, dyslipidémies) font l'objet d'une prise en charge qui coûte de plus en plus cher. Ils débouchent aussi sur des pathologies aiguës, qu'on soigne certes de mieux en mieux mais tardivement, « en y mettant le prix ». Beaucoup de vies sauvées par des interventions médicales intensives et coûteuses auraient pu être protégées par des mesures préventives au rang desquelles figure une meilleure nutrition.

Les estimations du « coût global de la nutrition » pour l'assurance maladie sont incertaines et les données font l'objet de divergences d'appréciation entre les membres de la mission. Mais que leur niveau soit inférieur à 5 milliards d'euros ou supérieur à 10 ou 15 milliards en valeur 2006, importe finalement moins que de connaître les évolutions en cours : la tendance est de dépenser de plus en plus d'argent pour traiter des « facteurs de risque » dont la prévalence s'accroît pour certains de façon rapide : surpoids et obésité croissants engagent aussi, pour l'avenir, les ressources que la collectivité devrait consacrer au traitement des troubles de santé et des maladies qu'ils favorisent.

L'évolution des consommations alimentaires des Français depuis 2000 ne montre pas d'inflexion notable des tendances observées antérieurement sur plus longue période à travers les statistiques économiques. Des tendances positives peuvent être constatées, telles que la diminution de la consommation d'alcool et des graisses brutes, l'accroissement de la consommation de fruits et légumes et de produits laitiers. Des excès de consommation en sel, en graisses et sucres rapides de l'ordre de 6 à 11% en moyenne sont cependant toujours constatés. Sur certains segments de marché, comme les boissons sucrées, les biscuits apéritifs et biscuits sucrés, les produits cuisinés à emporter ou la restauration à emporter, les progressions en volume des consommations par habitant, exprimées en pourcentages, sont à deux chiffres sur la période 1993-2004.

Certes, il se passe des années entre un comportement alimentaire et l'émergence des maladies chroniques qu'il peut induire, et plus encore avant qu'elles ne s'aggravent et que n'apparaisse éventuellement une maladie aiguë, dont les soins sont coûteux. Mais si les déséquilibres alimentaires encore constatés aujourd'hui devaient perdurer, il est peu douteux que la prévalence des ces troubles et pathologies chroniques augmentera elle aussi, dans une société par ailleurs vieillissante, et rendra peu soutenable l'avenir du financement de la protection sociale. Des projections concernant certaines pathologies comme le diabète (qui pourraient certes être affinées) ont été réalisées et font d'ores et déjà apparaître des perspectives plus que préoccupantes à terme.

Devant une telle situation, il est justifié de s'interroger sur la pertinence d'un alourdissement de la fiscalité sur les produits alimentaires et l'alcool, susceptible de modifier la donne économique et d'avoir un effet par les prix sur les comportements des consommateurs.

Une réforme est délicate : le sujet de l'alimentation est particulièrement symbolique et sensible en France, et fortement médiatisé ; les industries et commerces alimentaires ont un poids économique majeur et disposent seuls des outils techniques et financiers permettant d'améliorer durablement la situation nutritionnelle ; il pourrait être contre-productif de rompre la concertation engagée sur ce sujet avec les industries agroalimentaires.

Les études sur l'élasticité des consommations alimentaires par rapport aux prix dont la mission a pu disposer ne permettent pas – sans investigations complémentaires - de garantir l'efficacité du dispositif en termes nutritionnels ni l'absence de tout effet récessif en termes sociaux : l'IGAS souligne que les populations les plus défavorisées, qui se nourrissent aujourd'hui les moins bien, pourraient être les plus fortement pénalisées et que les effets sociaux et nutritionnels d'une taxe ne sont pas garantis. L'IGF partage le constat mais soutient que ces personnes seraient plus pénalisées encore par d'autres mécanismes de rééquilibrage du financement de la protection sociale.

Sur les bases de cette analyse, la mission estime indispensable de clarifier les objectifs et les modalités d'une action fiscale visant à majorer les prix des aliments trop gras, trop sucrés et trop salés :

- Il convient de présenter clairement cette action fiscale comme une mesure de financement de l'assurance maladie, produisant par ailleurs un effet de signal à l'égard des consommateurs et des industries agroalimentaires, susceptible de les inciter à modifier leurs comportements ;
- Pour assurer l'acceptabilité de la mesure, celle-ci devrait être repositionnée dans un ensemble d'actions visant :
 - o d'une part à l'inscrire dans un programme plus large de sensibilisation du corps médical à la bonne prescription des traitements concernant les maladies chroniques ayant un lien avec l'alimentation ;
 - o d'autre part à renforcer le dispositif d'incitation et d'information, géré dans le cadre du PNNS ;
 - o et enfin, si des études complémentaires en confirment le risque, à accompagner le dispositif par des mesures compensatrices conçues pour en éviter ou en réduire les effets régressifs.

La création d'une taxe à visée exclusivement nutritionnelle rencontrerait de nombreuses difficultés : coûts de gestion et de contrôle très lourds pour les entreprises et les administrations, obstacles juridiques, techniques, économiques et sociaux, concernant la définition et la justification de l'assiette, notamment.

La mission écarte cette voie et préconise de recourir aux outils fiscaux disponibles, dont la cohérence avec une politique nutritionnelle est actuellement contestable, pour majorer la fiscalité de produits dont la consommation devrait être modérée et ne devrait pas, à tout le moins, être encouragée par une dépense fiscale.

- Elle estime prioritaire d'agir par le biais des droits d'accises sur les boissons (dont le produit peut être, en toute clarté comptable, affecté à la Sécurité sociale). Une actualisation des droits d'accises pesant sur l'alcool serait fondée, non seulement en raison des coûts sociaux de celui-ci mais aussi de ses effets sur certains cancers, trois fois plus importants que ceux des autres produits alimentaires, ainsi que sur l'excès pondéral. Cette revalorisation lui paraît indispensable, si l'on retient sa proposition de créer une taxe additionnelle sur les boissons sucrées, positionnée en fonction de ses apports en sucre par rapport au vin ou à la bière.
- Elle suggère par ailleurs qu'il soit mis fin à l'avantage fiscal que constitue l'application d'un taux réduit de TVA à des produits trop gras, trop sucrés, trop salés qui ne sont pas de stricte nécessité. Elle ne se prononce pas cependant sur le choix des aliments en cause, estimant qu'il relève de l'appréciation du gouvernement de le déterminer sur la base de ses priorités économiques, sociales et sanitaires.
- Elle indique qu'une action sur les produits de « snacking » et les « aliments prêts à être consommés » (quiches, pizzas, sandwichs, plats cuisinés) pourrait se révéler plus judicieuse que d'autres en matière nutritionnelle mais qu'elle serait indissociable à ses yeux du dossier de la baisse des taux de TVA sur la restauration, compte tenu de la porosité croissante des frontières entre l'alimentation à domicile et l'alimentation hors domicile, notamment chez les jeunes.
- L'importance des répercussions économiques et sociales que pourrait avoir cette dernière option nécessiterait cependant à ses yeux le lancement d'une réflexion scientifique spécifique à ce sujet et d'une concertation approfondie, permettant d'explorer les moyens alternatifs d'une modification des comportements dans ce domaine.

Paris, le 16 juillet 2008

L'Inspectrice générale des Finances,



Véronique HESPEL

L'Inspectrice générale des Affaires Sociales



Marianne BERTHOD-WURMSER

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : LETTRES DE MISSION

ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES ET ORGANISMES RENCONTRÉS

ANNEXE 3 : DONNÉES SCIENTIFIQUES SUR LES LIENS ENTRE LA NUTRITION ET LES MALADIES CHRONIQUES

ANNEXE 4 : DONNÉES RELATIVES AUX POLITIQUES ET À LA SITUATION NUTRITIONNELLES EN FRANCE

ANNEXE 5 : DONNÉES ÉCONOMIQUES RELATIVES AUX CONSOMMATIONS ET DÉPENSES ALIMENTAIRES EN FRANCE

ANNEXE 6 : DONNÉES RELATIVES AU COÛT POUR L'ASSURANCE MALADIE DE QUELQUES PATHOLOGIES LIÉES À L'ALIMENTATION

ANNEXE VI-1 ÉVALUATION DE L'IMPACT DE L'OBÉSITÉ ET DES FACTEURS DE RISQUE NUTRITIONNELS SUR LES DÉPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE PAR L'IGAS

ANNEXE VI-2 CONTRIBUTION DE L'IGF À L'ÉVALUATION DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE LIÉES AUX DÉSÉQUILIBRES DE L'ALIMENTATION

ANNEXE 7 : DONNÉES FISCALES

ANNEXE 8 : DONNÉES RELATIVES À L'ASSIETTE D'UNE TAXATION À BUT NUTRITIONNEL

ANNEXE 9 : DONNÉES RELATIVES À L'ÉLASTICITÉ PRIX DES CONSOMMATIONS ALIMENTAIRES

ANNEXE I

LETTRE DE MISSION



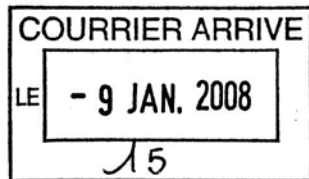
*Ministère de la Santé, de la
Jeunesse et des Sports*

*Ministère du Budget, des
comptes publics et de la
Fonction publique*

*Ministère de l'Economie,
des finances et de l'Emploi*

Les Ministres

• Paris le, **17 JAN 2008**



Monsieur le chef de service de l'Inspection
générale des finances

Monsieur le chef de service de l'Inspection
générale des affaires sociales

Monsieur le chef de service,

De nombreuses études ont mis en évidence le rapport entre la consommation excessive de produits trop gras, trop sucrés ou trop salés et certaines pathologies dangereuses pour la santé et coûteuses pour la collectivité.

L'obésité peut ainsi favoriser le développement du diabète, de maladies cardiovasculaires ou respiratoires, entraînant chez les adultes une consommation de soins supérieure à celle d'une personne de poids normal à âge comparable.

Les débats lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 ont posé la question de l'intérêt que pourrait avoir la mise en place d'une contribution assise sur les produits trop gras, trop sucrés ou trop salés en réponse à la progression de l'obésité au sein de la population française.

Dans cette perspective, le gouvernement s'est engagé à remettre au Parlement un rapport ayant pour objet d'évaluer précisément les coûts pour l'assurance maladie liés à la consommation excessive de produits trop gras, trop sucrés ou trop salés. Sur la base de cette analyse et en lien avec les travaux de la revue générale des prélèvements obligatoires, ce rapport étudiera également l'efficacité que pourrait avoir la mise en place d'une contribution sur les produits trop gras, trop sucrés ou trop salés, en particulier sa capacité à favoriser une modification des comportements et un meilleur équilibre alimentaire. Le rapport devra présenter les options sur le contour et les modalités de mise en œuvre de cette contribution éventuelle.

Nous souhaitons que l'inspection générale des finances et l'inspection générale des affaires sociales soient chargées de l'élaboration conjointe de ce rapport. Vous nous remettrez votre rapport le 1er juin 2008 au plus tard.

A cette fin, la mission conjointe s'appuiera sur la direction de la sécurité sociale qui en assurera le secrétariat.

La mission conjointe pourra également solliciter, dans leur domaine d'attribution, les services de la direction générale des impôts (DGI), de la direction de la législation fiscale (DLF), de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), de la direction des douanes et des droits indirects (DGDDI), de la direction générale de la santé (DGS) et des différentes agences dont cette dernière direction assure la tutelle.

La mission conjointe devra intégrer les résultats des travaux scientifiques les plus récents dans le domaine de la santé. Elle s'appuiera sur un groupe d'experts pour valider ses analyses en matière de d'impact sur la santé d'une consommation excessive de produits trop gras, trop sucrés ou trop salés.

Elle pourra également s'appuyer sur les analyses du groupe de travail inter-administratif chargé en 2005, à la demande du ministre de la santé et du ministre de l'économie, de réfléchir à la mise en place d'une taxe sur les produits trop gras, trop salés ou trop sucrés et dont les travaux se sont poursuivis au cours de l'année 2007. Elle prendra également en compte l'avis sur le « financement de la protection sociale » que le Conseil économique et social doit rendre d'ici la fin de l'année 2007.

La mission conjointe devra tenir compte de l'impact de ses propositions sur le pouvoir d'achat des ménages, au regard notamment des produits de substitution existants.

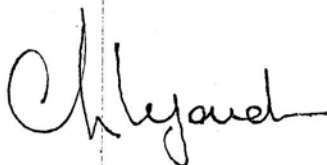
La mission conjointe sera également amenée à rencontrer les organisations professionnelles des filières principalement concernées et les associations de consommateurs afin d'évaluer le degré de faisabilité des propositions qui seront avancées.



Roselyne BACHELOT-NARQUIN



Eric WOERTH



Christine LAGARDE

Copie à :

Monsieur le directeur général des impôts
Madame la directrice de la législation fiscale
Monsieur le directeur de la sécurité sociale
Monsieur le directeur général de la concurrence,
de la consommation et de la répression des fraudes
Monsieur le directeur des douanes et des droits indirects
Monsieur le directeur général de la santé

ANNEXE II

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Assemblée nationale et Sénat

Monsieur Yves Bur, Député

Monsieur Alain Vasselle, Sénateur

Monsieur Jean-Marie Le Guen, Député

Personnalités qualifiées

Monsieur Christian Babusiaux, Président de la première chambre à la Cour des comptes.

Monsieur le Professeur Serge Hercberg, Professeur au CNAM et à Paris XIII

Monsieur le Professeur Jean de Kervasdoué, Professeur au CNAM

Monsieur Noël Renaudin, Président du comité pour l'étude des chartes d'engagement volontaire de progrès nutritionnel

Ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi et

Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique

Cabinet du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique

Madame Mathilde Lignot-Leloup, Conseillère

Monsieur Axel Rahola, Conseiller technique

Direction de la législation fiscale (DLF)

Monsieur Marc Wolf, Sous-directeur

Monsieur Christian Le Buhan, Chef de bureau

Monsieur Michel Giraudet

Monsieur David Faurite

Direction générale des douanes et des droits indirects (DGDDI)

Madame Emmanuelle Double, Adjointe au Chef de bureau

Direction générale du Trésor et de la politique économique (DGTPE)

Monsieur Nicolas Carnot, Sous-directeur

Monsieur Cédric Audenis, Chef de bureau

Madame Valérie Albouy

Direction du Budget

Madame Marie-Astrid Ravon, Chef de bureau

Monsieur Pierre Maitrot, Adjoint au chef de bureau

Monsieur Georges-Henri Lion, Chargé de mission

Direction générale de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)

Monsieur Jean-Louis Lhéritier, chef du département de prix à la consommation, des ressources et des conditions de vie des ménages

Monsieur Vladimir Passeron, chef de la division synthèse des biens et services

Monsieur Jérôme Accardo, chef de la division conditions de vie des ménages

Madame Danielle Besson, chargée de comptes à la division synthèse des biens et services

Direction générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes

Madame Marie-Christine Buche, Sous-directrice

Madame le Dr Dominique Baelde, Chargée de mission

Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

Cabinet de la ministre

Madame Cécile Waquet, Conseillère, chef du pôle financement

Monsieur Thomas Fournier, Conseiller technique

Direction de la sécurité sociale(DSS)

Monsieur Dominique Libault, Directeur

Monsieur Jean-Louis Rey, Chef de Service, adjoint au Directeur,

Monsieur Philippe Laffon, Sous-directeur

Madame Laure Meyssonier, Chef de bureau

Monsieur Pascal Theveneau, Chargé de mission

Direction générale de la santé(DGS)

Monsieur le Professeur Didier Houssin, Directeur général

Madame Jocelyne Boudot, Sous-directrice

Monsieur le Dr Michel Chauliac, Chargé de mission

Ministère de l'Agriculture et de la Pêche

Direction générale de l'alimentation (DGAL)

Monsieur Jean Marc Bournigal, Directeur général

Madame Sophie Bouyer, Sous-directrice

Madame Laure Souliac, Chef de bureau

Monsieur Nicolas Canivet

Haut Commissariat aux Solidarités actives contre la pauvreté

Cabinet du Haut commissaire

Madame Emmanuelle Wargon, Directrice du cabinet

Monsieur Etienne Grass, Conseiller technique

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Madame Dominique Polton, Directrice de la stratégie, des études et des statistiques

Monsieur le Dr Philippe Ricordeau, Médecin conseil

Monsieur le Dr Alain Weill, Médecin conseil

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Monsieur Philippe Lamoureux, Directeur général

Monsieur Pierre Arwidson, Directeur des affaires scientifiques

Monsieur René Demeulemeester, Coordonnateur des programmes

Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA)

Madame Pascale Briand, Directrice générale

Madame Irène Margaritis, Chef de l'unité évaluation nutrition et risques nutritionnels

Institut de veille sanitaire (InVS)

Madame Juliette Bloch, Responsable du département des maladies chroniques et des traumatismes

Madame Katia Castetbon, Responsable de l'unité Nutrition

Institut national de la recherche agronomique (INRA)

Monsieur Pierre Combris, Directeur de recherche, directeur de l'Unité de recherche sur la consommation

Monsieur Fabrice Etilé, Chargé de recherche

Association nationale des industries alimentaires

Monsieur Jean-René Buisson, Président

Madame Clémence Malaret, Chargée de mission

Associations de consommateurs

Confédération de la consommation, du logement et du cadre de vie (CLCV)

Madame Reine-Claude Mader, Présidente

Monsieur Charles Pernin

UFC – Que choisir

Monsieur François Carlier, Directeur adjoint des études

Monsieur Olivier Andrault, Chargé de mission

ANNEXE III

DONNEES SCIENTIFIQUES SUR LES LIENS ENTRE LA NUTRITION ET LES MALADIES CHRONIQUES

Établie sous la responsabilité de l'ensemble des membres de la mission

SOMMAIRE

I.	LE RAPPORT DE L'OMS 2003	1
A.	LE CONSTAT GÉNÉRAL.....	1
B.	LA MÉTHODE D'EXPERTISE.....	2
C.	L'ANALYSE DES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION PAR PATHOLOGIE	4
1.	<i>Concernant le diabète de type 2</i>	<i>4</i>
2.	<i>Concernant les maladies cardio vasculaires.....</i>	<i>5</i>
3.	<i>Concernant l'obésité (IMC > 30).....</i>	<i>7</i>
4.	<i>Concernant le cancer</i>	<i>8</i>
D.	LES RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES DE L'OMS.....	9
II.	LE RAPPORT DU WORLD CANCER RESEARCH FUND (WCRF)	10
1.	<i>La réévaluation de certains facteurs de risque :</i>	<i>10</i>
2.	<i>La réévaluation de certains facteurs de protection.....</i>	<i>10</i>
III.	LE RAPPORT « ALIMENTATION NUTRITION ET CANCER, VÉRITÉS HYPOTHÈSES ET IDÉES FAUSSES »	11
A.	« LES CERTITUDES »	11
1.	<i>La consommation de fruits et légumes</i>	<i>11</i>
2.	<i>Le surpoids et l'obésité.....</i>	<i>12</i>
3.	<i>L'activité physique</i>	<i>12</i>
4.	<i>La consommation d'alcool.....</i>	<i>12</i>
B.	LES HYPOTHÈSES FORTES	12
C.	LES HYPOTHÈSES NON VÉRIFIÉES	13
	CONCLUSION.....	14

Dans le contexte d'évolution rapide des connaissances qui caractérisent le domaine de la nutrition, la mission s'est astreinte à examiner la question des degrés de certitude et de validation scientifique des données. Elle s'est appuyée pour cela sur deux rapports qui font référence, parce qu'élaborés sur la base d'un consensus entre les experts internationaux les plus reconnus et fondés sur une revue de l'analyse de plusieurs dizaines de milliers de publications scientifiques.

Il s'agit des rapports qui traitent, notamment, du degré d'évidence (anglicisme qui sera repris ici) scientifique du lien entre la nutrition et la santé :

- « *Alimentation, nutrition et la prévention des maladies chroniques* » de l'OMS. 2003¹
- « *Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer : a global perspective* », établi par le World cancer research fund (WCRF) 2007².

Pour compléter cette revue et illustrer à la fois le raisonnement de santé publique et l'évolution rapide des connaissances entre 2003 et 2007, notamment sur le statut des fruits et légumes, de la viande rouge, du sel, des acides gras et sur la question de l'effet dose de l'alcool, on reprendra des éléments d'un rapport de référence publié par en 2003 en France.

- « *Alimentation nutrition et cancer, vérités hypothèses et idées fausses* ». Ministère de la santé, Institut de veille sanitaire et CNAM. 2003.

I. LE RAPPORT DE L'OMS 2003

A. Le constat général

L'essentiel du constat est formulé dès les premières pages du rapport d'experts de l'OMS :

« L'évolution rapide des régimes alimentaires et des modes de vie, fruit de l'industrialisation, de l'urbanisation, du développement économique et de la mondialisation du marché, s'est accélérée au cours de la décennie écoulée. Ce phénomène a un effet considérable sur la santé et l'état nutritionnel des populations, en particulier dans les pays en développement et les pays à économie en transition. Les niveaux de vie se sont élevés, l'offre de produits alimentaires s'est élargie et diversifiée, et l'accès aux services s'est développé, mais on a aussi observé des conséquences très néfastes, telles qu'habitudes alimentaires inappropriées, baisse de l'activité physique et augmentation de la consommation de tabac, avec un accroissement correspondant des maladies chroniques liées au régime alimentaire, notamment chez les pauvres. »

« Les denrées et produits alimentaires sont devenus des marchandises produites et négociées sur un marché qui, essentiellement local au départ, s'est progressivement mondialisé. L'évolution observée dans l'économie alimentaire mondiale se retrouve dans les habitudes alimentaires, par exemple dans la consommation d'aliments à forte densité énergétique, à teneur élevée en graisses, en particulier saturées, et ne comportant guère de glucides non raffinés. En même temps, on constate une baisse de la dépense d'énergie, qui est associée à la sédentarité (transports motorisés, appareils ménagers d'un maniement facile, disparition des travaux manuels physiquement pénibles et loisirs consacrés essentiellement à des passe-temps peu exigeants sur le plan physique) ».

¹ Actualisant un rapport du même nom de 1990.

² Actualisant un rapport du même nom de 1997.

« A cause de cette évolution, les maladies non transmissibles chroniques – notamment l’obésité, le diabète sucré, les maladies cardio-vasculaires, l’hypertension, les accidents vasculaires cérébraux et certains types de cancer – deviennent des causes de plus en plus importantes d’incapacité et de décès prématuré tant dans les pays en développement que dans les pays nouvellement développés, ce qui représente un poids supplémentaire pour des budgets de santé nationaux déjà surchargés. »

*Pour l’OMS « l’étiquette « maladie de riche » appliquée aux maladies chroniques est de moins en moins appropriée, car ces maladies émergent aussi bien dans les pays pauvres que dans les couches pauvres de la population des pays riches ». Ce changement dans le tableau de morbidité se produit à un rythme qui s’accélère et « **crée pour la santé publique une grave menace qu’il faut contrer immédiatement et efficacement** ».*

L’avis du comité d’experts réuni par l’OMS repose sur l’exploitation méticuleuse du degré d’évidence scientifique des très nombreux travaux menés dans le monde sur les liens entre les comportements alimentaires et le développement des diverses pathologies chroniques non transmissibles.

B. La méthode d’expertise

Certains éléments (comportements, environnement, âge, situations de santé...) peuvent favoriser l’apparition d’une maladie ou au contraire en retarder l’apparition ou diminuer la fréquence. C’est ce que l’on dénomme **les facteurs de risques et les facteurs protecteurs**.

Deux approches **simultanées** conduisent à considérer ces divers éléments comme des « facteurs de risque » (ou inversement comme « facteurs protecteurs ») :

- **une relation statistique** : une population *exposée* à un facteur de risque développe plus fréquemment la pathologie qu’une population *non exposée*, *indépendamment* de l’interférence d’autres facteurs ayant une influence connue (structure par âge ou structure sociale de la population, autre pathologie...). Le rapport entre l’incidence de la pathologie sur population exposée et incidence de la pathologie sur population non exposée (risque relatif) donne une mesure de l’importance de cet « impact ». Il est en principe constant, indépendant de la population observée. Plus le risque relatif est nettement supérieur à 1, plus le facteur de risque est important ; plus il est nettement inférieur à 1, plus le facteur est protecteur ;
- **des éléments d’analyse (biomédicale)** permettant d’établir ou au moins de faire des hypothèses plausibles concernant une explication mécanistique du phénomène statistique observé.

L’identification d’un facteur de risque (ou protecteur) nécessite donc une concertation entre experts et de nombreux résultats d’études convergents. C’est le travail auquel s’est livré le comité d’experts sollicité par l’OMS à partir des diverses études publiées dans le monde sur les liens entre la nutrition et diverses pathologies chroniques : le surpoids et l’obésité, le diabète, les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les pathologies dentaires et l’ostéoporose.

Ce comité indique si l’argumentation concernant l’influence d’un facteur de risque (ou protecteur) lui paraît « convaincante », « probable », « possible » ou « insuffisante »³³.

Par argument convaincant, on entend un argument fondé sur des études épidémiologiques qui mettent en évidence des associations systématiques entre exposition et maladie, avec peu ou pas de preuves du contraire. Les données dont on dispose proviennent d’un nombre important d’études, et notamment d’études prospectives par observation et, le cas échéant, d’essais contrôlés randomisés de taille, durée et qualité suffisantes qui mettent en évidence des effets systématiques. L’association doit être biologiquement plausible.

³³ Source : rapport OMS 2003.

Par argument probable, on entend un argument fondé sur des études épidémiologiques qui mettent en évidence des associations relativement systématiques entre exposition et maladie, mais dont les données présentent des insuffisances ou quelques preuves du contraire, ce qui empêche de se prononcer de manière plus catégorique. Les insuffisances peuvent être les suivantes : durée trop courte des essais (ou études) ; trop petit nombre d'essais (ou études) ; taille inadéquate des échantillons ; suivi incomplet. Les données de laboratoire vont d'ordinaire dans le sens de l'argument. Là aussi, l'association doit être biologiquement plausible.

Par argument possible, on entend un argument fondé principalement sur les résultats d'études cas-témoins et d'études transversales. Les essais contrôlés randomisés, les études par observation et les essais contrôlés non aléatoires font défaut. Les données provenant d'études non épidémiologiques telles qu'essais cliniques et en laboratoire corroborent l'argument en général. Il convient de mener davantage d'essais à l'appui des associations hypothétiques qui doivent également être biologiquement plausibles.

Par argument insuffisant, on entend un argument fondé sur les résultats d'un petit nombre d'études qui sont indicatives, mais qui ne suffisent pas à établir une association entre l'exposition et la maladie. Peu ou pas de données proviennent d'essais contrôlés randomisés. Pour appuyer les associations hypothétiques, il convient de mener des recherches mieux conçues.

Les études analysées relèvent de plusieurs catégories⁴ :

- les **études écologiques** analysent la corrélation entre la fréquence du cancer dans diverses populations et les apports alimentaires de ces populations. Elles permettent seulement la suggestion d'une relation. En effet, les populations ainsi comparées (souvent définies sur une base géographique) diffèrent a priori sur bien d'autres facteurs que le facteur alimentaire étudié ;
- les **études cas-témoins** comparent la consommation alimentaire de sujets atteints de cancers et de sujets qui en sont exempts, issus d'une même population. Ces études permettent d'estimer l'existence d'une relation individuelle entre le facteur et la maladie. Le facteur limitant de ce type d'études est que les malades pourraient avoir changé leurs habitudes alimentaires après le diagnostic, ou encore, se souvenir de ce qu'ils mangeaient mieux que la population des non-malades. Ces phénomènes induisent des biais qui ne permettent pas de conclure que la relation observée soit causale ;
- les **études de cohorte** prospectives présentent l'avantage de pouvoir mesurer le facteur (apport alimentaire ou statut biochimique) avant que la maladie ne soit déclarée. Elles visent à montrer l'existence d'une séquence chronologique entre l'exposition et la survenue de la maladie, d'un effet dose-réponse (plus l'exposition est importante, plus le risque est élevé), et d'un effet de protection (si l'exposition est réduite, la fréquence de la maladie diminue). Pourtant, il n'est pas possible de contrôler l'ensemble des facteurs pouvant intervenir dans la relation alimentation/cancer – notamment ceux relatifs au mode de vie – et la mise en évidence d'une association ne permet pas de conclure de façon formelle à une relation causale.
- les **essais de prévention** représentent l'étape ultime de la démarche épidémiologique : l'hypothèse « forte » d'une relation individuelle entre un facteur alimentaire et l'apparition d'une maladie doit conduire à l'élaboration d'une expérimentation visant à montrer que la modification de ce facteur alimentaire entraîne une diminution de la fréquence de la maladie. Une réponse claire à cette question est un progrès essentiel puisqu'elle permet d'attribuer un sens causal à la relation et de choisir une éventuelle politique de Santé Publique, même si les mécanismes intimes au niveau cellulaire ou moléculaire ne sont pas clairement démontrés. Cependant, ces études ont également leurs limites : elles dépendent de la bonne adhésion des participants à l'intervention et,

⁴ Source: alimentation, nutrition et cancer. Ministère de la santé, institut de veille sanitaire, CNAM.

conduites le plus souvent sur un échantillon particulier d'individus, leurs résultats ne sont pas forcément généralisables à l'ensemble des populations. Enfin, il n'est pas toujours acceptable d'un point de vue éthique de conduire ce type d'études, surtout si l'on s'intéresse à des facteurs délétères pour la santé ;

- les **méta-analyses** consistent à évaluer le lien entre alimentation et maladies en calculant une moyenne des relations observées dans plusieurs études. Elles peuvent être conduites à partir de données agrégées (analyse statistique sur les estimations de l'association des études) ou de données individuelles (analyse sur les observations individuelles de plusieurs études). Cette estimation moyenne est pondérée sur les particularités de chaque étude comme le nombre de sujets. Les méta-analyses constituent souvent un complément tout à fait intéressant en épidémiologie pour juger la relation entre un facteur alimentaire et les cancers, notamment quand il n'est pas possible de conduire un essai de prévention⁵ ;

C. L'analyse des facteurs de risque et de protection par pathologie

On reprend ici les tableaux établis sur les quatre pathologies plus particulièrement étudiées par la mission (maladies cardiovasculaires, cancer, diabète, obésité).

Ces tableaux classent les facteurs de risque retenus (à noter qu'y figurent des éléments de nature différente : nutriments, aliments mais aussi des états nutritionnels, l'exercice physique et même des facteurs environnementaux comme le fast food...) en fonction de deux critères :

- le rapport avec la pathologie : risque accru, risque moindre, absence de lien ;
- leur degré d'évidence scientifique selon les quatre niveaux définis plus haut.

1. Concernant le diabète de type 2

L'OMS estime à 150 millions le nombre de diabétiques de type 2⁶ dans le monde et prévoit un doublement de la prévalence du diabète d'ici 2025. Autrefois maladie des personnes d'âge mûr et âgées, ce diabète s'est récemment répandu dans tous les groupes d'âge et on le décèle aujourd'hui dans des groupes d'âge de plus en plus jeunes, y compris des adolescents et des enfants, en particulier dans les populations à haut risque, c'est-à-dire particulièrement pauvres.

⁵ On trouvera dans le rapport d'expertise collective de l'INRA de novembre 2007 "les fruits et légumes dans l'alimentation" une présentation des niveaux de preuve scientifique selon les méthodes d'enquête et leur puissance statistique : essais comparatifs études épidémiologiques d'observation, études randomisées de prévention, études prospectives, études cas témoin.

⁶ Le diabète, est une maladie chronique métabolique touchant la glycorégulation (régulation du sucre). Il est « facteur de risque » de complications pathologiques graves très diverses touchant les yeux, la circulation sanguine, les articulations... Le diabète de type 1 est d'origine génétique, il touche des gens jeunes, il n'est pas lié au régime alimentaire, il nécessite parfois le respect de prescriptions alimentaires et toujours un traitement par insuline. Le diabète de type 2 est celui qui nous intéresse ici : son apparition est liée à un régime alimentaire trop riche, poursuivi pendant plusieurs années et touche donc plutôt des personnes ayant déjà un certain âge. Il est souvent associé à d'autres pathologies comme hypertension et hypercholestérolémie. Le traitement du diabète de type 2 ne fait appel à l'insuline que pour une minorité de patients.

Tableau 1 : Récapitulatif des arguments relatifs aux facteurs tenant au mode de vie et au risque de faire un diabète de type 2, classés selon leur force

Argument	Risque moindre	Aucun lien	Risque accru
Convaincant	Perte volontaire de poids des personnes en excès pondéral et obèses Activité physique		Surpoids et obésité Obésité abdominale Inactivité physique Diabète maternel
Probable	PNA		Graisses saturées Retard de croissance intra-utérin
Possible	Acides gras de la série n-3 Aliments d'index glycémique faible Allaitement maternel exclusif		Apport total en graisses Acides gras trans
Insuffisant	Vitamine E Magnésium Consommation modérée d'alcool		Consommation excessive d'alcool

L'obésité abdominale apparaît en tant que facteur de risque spécifique.

Du point de vue du rôle des glucides, on ne les trouve qu'à travers le facteur protecteur possible des aliments à faible indice glycémique. Cela donne lieu à une recommandation de consommer une quantité suffisante de PNA (polysaccharides non amylacés) en mangeant régulièrement des céréales complètes, des légumineuses, des fruits et des légumes. Un apport quotidien minimal de 20 g est recommandé.

2. Concernant les maladies cardio vasculaires

Ce sont les maladies cardio-vasculaires (MCV) qui pèsent le plus lourd en termes de morbidité et de mortalité. L'OMS attribue actuellement un tiers de tous les décès dans le monde aux MCV.

Tableau 2 : Récapitulatif des arguments touchant les facteurs qui tiennent au mode de vie et les risques de maladie cardio-vasculaire, classés selon leur force

Argument	Risque moindre	Aucun lien	Risque accru
Convaincant	Activité physique régulière Acide linoléique Poisson et huiles de poisson (EHA et DHA) Légumes et fruits (y compris baies) Potassium Apport faible à modéré d'alcool (pour les cardiopathies coronariennes)	Suppléments de vitamines E	Acides myristique et palmitique Acides gras trans Apport élevé de sodium Surpoids Apport élevé d'alcool (pour les accidents cérébrovasculaires)
Probable	Acide α -linoléique Acide oléique PNA Céréales complètes Noix (non salées) Stérols/stanols végétaux Folates	Acide stéarique	Cholestérol alimentaire Café bouilli non filtré
Possible	Flavonoïdes Produits du soja		Graisses riches en acide laurique Nutrition fœtale insuffisante Suppléments de β -carothène
Insuffisant	Calcium Magnésium Vitamine C		Hydrates de carbone Fer

Concernant la maladie/facteur de risque qu'est l'hypertension artérielle on se reportera au rapport " HTA, alimentation et mode de vie. État des lieux et pistes pratiques⁷" du ministère de la santé qui montre de façon extrêmement claire :

- l'effet hypertenseur du sel et hypotenseur du potassium ;
- la relation entre la pression artérielle et la consommation d'alcool. Cette relation, connue depuis 1915, « est de type exponentiel, avec un risque augmentant d'abord faiblement puis de plus en plus fortement lorsque la consommation d'alcool augmente ». La question du seuil et, s'il existe, de son niveau est objet de controverses ;
- les effets de l'exercice physique et du poids.

⁷ Ministère de la santé.2003. France. Collection PNNS.

3. Concernant l'obésité (IMC > 30)

L'OMS retient pour définir le surpoids et l'obésité l'indice de Quetelet, indice de masse corporelle (IMC), qui est calculé en divisant le poids d'un individu par le carré de sa taille. Un IMC entre 18,5 et 25 est considéré comme normal chez un adulte, entre 25 et 30 on parle de surpoids, au-delà de 30 on parle d'obésité. Un individu mesurant 1,70 mètre commence à être en surpoids à 72 kg et peut être considéré comme obèse à 87 kg.

Selon l'OMS, un milliard de personnes sont en surpoids dans le monde, 300 millions sont atteintes par l'obésité et cette « épidémie », après avoir atteint les États-Unis (30% des Américains sont obèses) atteint une fraction croissante des populations des pays en développement, plus particulièrement en Inde et en Chine ; elle contribue à la croissance très rapide des maladies cardiovasculaires, du diabète et de certaines formes de cancers dans le monde.

Tableau 3 : Récapitulatif des arguments relatifs aux facteurs susceptibles de favoriser la prise de poids et l'obésité ou d'y faire obstacle, classés selon leur force (a)

Argument	Risque moindre	Aucun lien	Risque accru
Convaincant	Activité physique régulière Apport élevé de PNA (fibre alimentaire) (b)		Modes de vie sédentaires Apport élevé d'aliments énergétiques pauvres en micronutriments
Probable	Environnements familial et scolaire qui encouragent les enfants à choisir des aliments sains Allaitement au sein		Promotion poussée des aliments énergétiques (c) et des points de vente de fast-food (d) Consommation élevée de boissons gazeuses et sodas édulcorés au sucre et de jus de fruits Mauvaises condition socio-économiques (dans les pays développés, notamment pour les femmes)
Possible	Aliments à faible index glycémique	Contenu protéinique du régime alimentaire	Grandes portions Proportion élevée d'aliments préparés hors du foyer (pays développés) Habitudes alimentaires "restriction rigide/défolement périodique"
Insuffisant	Alimentation plus fréquente		Alcool

(a) Force des arguments : tous les arguments ont été pris en compte. Le schéma du World Cancer Research Fund a servi de point de départ, mais a été modifié comme suit : en tant que moyens d'étude les plus cotés, les essais contrôlés randomisés ont eu la place la plus importante (ils n'ont pas été une source importante de données sur le cancer) ; les données connexes et les points de vue des experts relatifs à l'influence de l'environnement ont également été pris en compte (on ne disposait pas d'essai direct en général).

(b) Les quantités précises dépendront des méthodes analytiques utilisées pour mesurer les fibres.

(c) Les aliments énergétiques pauvres en micronutriments sont d'ordinaire des aliments transformés à haute teneur en matières grasses et/ou en sucres. Les aliments à faible teneur énergétique comme les fruits, les légumineuses, les légumes et les céréales complètes ont une teneur élevée en fibres alimentaires et en eau.

(d) Y compris les données connexes et les vues des experts.

Les experts soulignent qu'une faible consommation d'aliments énergétiques (c'est-à-dire à forte teneur en graisses, sucres et amidon) et de boissons énergétiques (c'est-à-dire à forte teneur en sucres libres) contribue à une réduction de l'apport énergétique total. De même, un apport élevé d'aliments peu énergétiques (légumes et fruits) et à forte teneur en PNA⁸ (céréales complètes) contribue à une réduction de l'apport énergétique total et à l'amélioration de l'apport en micronutriments. Ils notent cependant que les groupes très actifs dont l'alimentation comporte beaucoup de légumes, légumineuses, fruits et céréales complètes peuvent supporter un apport total en graisses allant jusqu'à 35% sans risquer une prise de poids mauvaise pour leur santé.

Contrairement aux tableaux précédents très centrés sur l'alimentation/exercice physique, celui-ci présente de nombreux facteurs liés au mode de vie et à l'offre de produits. On voit apparaître ici notamment **trois questions importantes** :

- la taille des portions. *« La promotion de portions « géantes », notamment dans les fast-foods, est devenue pratique courante dans un grand nombre de pays. On a pu constater que les gens ont du mal à estimer la taille des portions et qu'après ces repas copieux, ils ne parviennent pas à dépenser l'énergie compensatoire nécessaire, ce qui risque fort d'aboutir à une surconsommation » ;*
- les plats préparés : *« Dans beaucoup de pays, la consommation de plats préparés commercialement ne fait qu'augmenter régulièrement. Aux États-Unis, la teneur en énergie, graisses totales, graisses saturées, cholestérol et sel des aliments préparés commercialement est de loin plus élevée que celle des aliments cuisinés à la maison. Les personnes qui prennent souvent leur repas au restaurant aux États-Unis ont un indice de Quetelet plus élevé que celles qui mangent chez elles » ;*
- les boissons sucrées. *« Les effets physiologiques de l'apport énergétique sur le rassasiement et la satiété semblent être très différents selon que l'énergie provient d'aliments solides ou de liquides. Peut-être à cause d'une moindre dilatation de l'estomac et d'un transit plus rapide, l'énergie contenue dans les liquides est moins bien « détectée » par le corps... ».*

4. Concernant le cancer

L'OMS souligne que le cancer est actuellement une cause majeure de mortalité partout dans le monde et, dans le monde en développement, il n'est en général dépassé que par les maladies cardio-vasculaires. Elle observe qu'à mesure que les pays en développement s'urbanisent, la situation concernant les cancers rejoint celle des pays économiquement développés, notamment pour les localisations les plus associées à l'alimentation comme le colon rectum⁹ ou le sein.

⁸ Polysaccharides Non Amylacés, présents dans les produits céréaliers non raffinés (riz ou blé complet par exemple).

⁹ « Les taux d'incidence du cancer colorectal sont environ dix fois plus élevés dans les pays développés que dans les pays en développement... L'argument selon lequel certains aspects de l'alimentation « occidentalisée » sont un déterminant majeur de risque recueille l'assentiment général » (OMS, rapport 2003).

Tableau 4

Récapitulatif des arguments touchant les facteurs qui tiennent au mode de vie et les risques de faire un cancer, classés selon leur force

Argument	Risque moindre	Risque accru
Convaincant ^a	Activité physique (côlon)	Surpoids puis obésité (oesophage, colorectum, sein chez les femmes en postménopause, endomètre, rein)Alcool (cavité buccale, pharynx, larynx, oesophage, foie, sein) Aflatoxine (foie) Poisson salé à la chinoise (rhinopharynx)
Probable ^a	Fruits et légumes (cavité buccale, oesophage, estomac, colorectum ^b) Activité physique (sein)	Viande en conserve (colorectum) Aliments conservés dans la saumure et sel (estomac) Boissons et aliments très chauds (cavité buccale, pharynx, oesophage)
Possible/insuffisant	Fibre Soja Poisson Acides gras de la série n-3 Caroténoïdes Vitamines B ₂ , B ₆ , folate, B ₁₂ , C, D, E Calcium, zinc et sélénium Constituants végétaux non nutritifs (par exemple, composés de ciboulette, flavonoïdes, isoflavones, lignanes)	Graisses animales Aminés hétérocycliques Hydrocarbures aromatiques polycycliques Nitrosamines

L'OMS estime que « le cancer est évitable par nutrition, activité physique et prévention de l'obésité de 30 à 40% »¹⁰ dans les pays industrialisés, la nutrition n'étant dépassée que par le tabac en tant que cause théoriquement évitable de cancer et l'OMS insiste sur le rôle de l'alcool, comme deuxième facteur de risque derrière le tabac.

D. Les recommandations générales de l'OMS

L'OMS estime que l'on dispose d'un « énorme volume de données scientifiques » qui mettent en relief l'importance d'une approche de prévention par la nutrition contre le développement des maladies chroniques et l'intérêt de limiter les risques d'une mauvaise alimentation, de l'inactivité physique et du tabac. Elle recommande la mise en place dans chaque pays d'actions adaptées et spécifiques adaptées :

- aux problématiques différentes qui se posent aux divers âges de la vie ;
- aux populations les plus pauvres, particulièrement touchées, dont elle souligne qu'elles sont les plus démunies pour adapter leur comportement à la nouvelle donne alimentaire.

Les experts de l'OMS formulent des recommandations spécifiques pour prévenir différentes pathologies, et des recommandations nutritionnelles générales pour la population mondiale¹¹. Ils prennent soin de préciser qu'elles **doivent être adaptées pour correspondre à l'alimentation et aux populations locales ou nationales.**

Ces recommandations préconisent notamment (en % de l'énergie totale sauf indication contraire) dans les domaines intéressant directement la question posée à la mission :

- un apport limité en graisses (15 à 30% de l'énergie totale) notamment en acides gras saturés (10% de l'énergie totale) et en acides gras trans (1%) ;

¹⁰ Ce pourcentage fait l'objet de controverses. Selon le rapport mentionné plus loin sur " les causes du cancer en France " En 1981, deux épidémiologistes, Richard Doll et Richard Peto ont estimé la contribution des différents facteurs de risque à l'origine des décès par cancer aux Etats-Unis. Par exemple, la contribution de l'alimentation était estimée à 35%, mais avec une fourchette allant de 10% à 70%, ce qui montre l'insuffisance des connaissances à cette époque. Néanmoins, leur publication est restée une référence fondamentale et a été, d'ailleurs, révisée périodiquement par ses auteurs. En 2005 ceux-ci ont ramené cette estimation à 25% (avec une fourchette d'incertitude de 15 à 35%).

¹¹ Figurant en annexe III.

- un apport en glucides totaux de 55 à 75%¹², les sucres libres¹³ ne devant pas dépasser 10% ;
- un apport en sel limité à 5 grammes par jour (2 grammes étant la dose minimale nécessaire).

II. LE RAPPORT DU WORLD CANCER RESEARCH FUND (WCRF)

Le rapport " food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer : a global perspective". 2007 actualise les degrés d'évidence scientifique présentés dans le rapport de 1997 de cette instance et dans le rapport 2003 de l'OMS. Il ajoute divers facteurs de risque et de protection au rapport précédent.

1. *La réévaluation de certains facteurs de risque :*

- facteur de risque convaincant pour le cancer du colon :
 - o l'exposition à la viande rouge – bœuf, porc, agneau, chèvre – et aux viandes fumées, salées (processed meat). Ces dernières étaient classées comme probables dans le tableau OMS ;
 - o sur l'alcool, de longue date démontré comme lié à certains cancers, le WRCF 2007 indique que, même en quantité minimale, l'alcool a un lien avec le cancer : il n'y aurait pas d'effet - dose (l'effet n'est pas proportionnel à la dose : ici, il apparaît même si la dose est faible¹⁴).
- facteurs de risques probables :
 - o pour le cancer du colon, les aliments riches en calcium (consommation de plus de 1,5 g /jour) ;
 - o pour le cancer de l'estomac : le sel, les aliments salés.
- facteurs de risques possibles :
 - o pour les cancers du poumon, du colon et du sein : le gras total, les graisses animales et le beurre ;
 - o pour le cancer du colon : les aliments contenant des sucres ajoutés.

2. *La réévaluation de certains facteurs de protection*

- facteurs de protection probables :
 - o contre le cancer du colon : les nourritures contenant des fibres alimentaires et le lait ;
 - o contre tous les cancers de la sphère digestive, aéro digestive et de la prostate : les fruits et légumes, les nourritures contenant des folates, bêta-carotène, vitamine C, selenium.

¹² Pourcentage d'énergie totale disponible après avoir pris en compte celle consommée sous forme de protéines et de graisses d'où cette fourchette étendue.

¹³ Ces sucres incluent pour l'OMS les monosaccharides et les disaccharides ajoutés aux aliments par le fabricant, le cuisinier ou le consommateur ainsi que les sucres naturellement présents dans le miel, les sirops et les jus de fruits.

¹⁴ Sur cette base la Ligue contre le cancer est en train de revoir sa position par rapport à l'alcool.

Sur le point des fruits et légumes, le WCRF, sur le terrain du cancer, semble rejoindre en partie l'expertise collective, plus générale, de l'INRA, qui conclut¹⁵ : « *Au total, malgré l'absence de preuve expérimentale d'une causalité de la consommation de F&L sur les pathologies, les bénéfices nutritionnels potentiels observés dans les enquêtes de population conduisent à préconiser une augmentation de la consommation de F&L pour les faibles consommateurs. Plus globalement, le faible contenu énergétique des F&L facilite l'adoption et le maintien d'une alimentation équilibrée par leurs consommateurs, ce qui est cohérent avec les recommandations du PNNS. En l'état actuel des connaissances, les principaux bénéfices attendus sont le rééquilibrage des apports vitaminiques, de fibres et de minéraux d'une partie de la population, et plus particulièrement de celle des faibles consommateurs* ».

En revanche il convient de signaler que le rapport sur « les causes du cancer en France »¹⁶ établi en lien avec le WCRF n'attribue qu'une part de 9% aux facteurs liés à l'alimentation dans les causes de cancer en France : l'alcool en représenterait l'essentiel (7%), l'obésité et le surpoids 2% seulement.

Selon ce rapport, pour la France, l'impact du facteur nutritionnel interviendrait donc très loin derrière l'alcool et surtout le tabac (24%) et la consommation de viande et de charcuterie n'augmenterait que modérément le risque de cancer du côlon¹⁷. Ce rapport estime enfin que l'effet protecteur contre le cancer de facteurs nutritionnels (teneur en fibres, quantité de fruits et légumes...) rehaussé par le nouveau classement du WCRF, n'a pas été confirmé par les dernières enquêtes épidémiologiques.

III. LE RAPPORT « ALIMENTATION NUTRITION ET CANCER, VÉRITÉS HYPOTHÈSES ET IDÉES FAUSSES »¹⁸

A. « Les certitudes »

« Quatre points sont aujourd'hui considérés comme des certitudes en termes de réduction du risque de cancer, aboutissant à des recommandations de santé publique ». Ce sont :

1. La consommation de fruits et légumes

« L'effet protecteur des fruits et légumes intervient sur la plupart des cancers. Ceci est le cas en particulier pour ceux des voies aéro digestives supérieures (œsophage, cavité buccale, larynx, pharynx), de l'estomac, du poumon et du côlon.

Au cours de ces trente dernières années, plus de 250 études d'observation de type écologique, cas témoins ou prospectives ont étudié la relation entre la consommation de fruits et de légumes et les cancers. Dans plus de 80% d'entre elles, un effet protecteur d'un ou plusieurs groupes de fruits ou légumes a été retrouvé.

Pour la plupart des sites de cancer, les sujets dont les apports en fruits et légumes sont les plus faibles ont un risque de cancer de 1,5 à 2 fois plus élevés que les sujets ayant les niveaux d'apports les plus élevés. On estime que la proportion des cancers qui pourraient être évités par une consommation adéquate de fruits et légumes (au moins 400 g par jour) s'élève à au moins 20% ».

¹⁵ « Les fruits et les légumes dans l'alimentation, enjeux et déterminants de la consommation » INRA Novembre 2007.

¹⁶ Les causes du cancer en France : Résumé du rapport conduit sous la responsabilité des Académies de médecine et des sciences, du Centre international de recherche sur le cancer, de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer et de l'Institut de veille sanitaire, mars 2008. (« Attributable causes of cancer in France in the year 2000 »).

¹⁷ De fait pour la viande rouge, dont le niveau d'évidence est "convaincant" pour le WCRF sur le cancer colo rectal, les études de cohortes et les méta analyses établissent toutes un risque relatif > 1, mais dans une fourchette allant de 1,04 à 2,7. La relation dose/ réponse apparaît également, mais à partir de seuils différents et avec des pentes très variées.

¹⁸ Rapport du ministère de la santé, l'institut de veille sanitaire et le CNAM. 2003.

2. Le surpoids et l'obésité

Ils multiplient le risque de cancer de l'endomètre par un facteur de 3 chez les femmes très obèses (IMC supérieur ou égal à 35 kg/ m²) ou le risque de cancer du sein survenant après la ménopause par un facteur de 1,1 à 2 chez les femmes en surpoids.

« L'obésité a été identifiée comme facteur de risque des cancers et adénomes du côlon dans plusieurs études. Mais la relation étroite de l'obésité avec la sédentarité d'une part et les apports caloriques élevés d'autre part, eux-mêmes facteurs de risques majeurs de cancer du côlon, rend difficile l'établissement d'une relation causale pour ce type de cancer ».

3. L'activité physique

« Le risque relatif de cancer du côlon serait diminué de 40 à 50% chez les personnes ayant une activité physique importante tout au long de leur vie.... La protection par l'activité physique semble plus élevée pour le colon gauche que le colon droit et est de plus grande ampleur chez les hommes que chez les femmes ».

Quelques études ont montré un moindre risque de cancer du sein, montrant des réductions de l'ordre de 30 à 40%.

Par ailleurs, *« il est possible qu'une activité physique régulière réduise le risque de cancer de la prostate de 10 à 30% et celui de l'endomètre ou du poumon de 30 à 40% ».*

4. La consommation d'alcool

« De nombreuses études de cas témoins et de cohorte ont montré des relations y compris de dose/effet entre la consommation d'alcool et les cancers des voies aéro digestives supérieures et du foie ». Ainsi, « le risque de développer un cancer de l'œsophage serait, chez les personnes qui consomment plus de 160 grammes d'alcool (soit environ 1,5 litres de vin par jour) 20 fois plus élevé que chez les personnes qui en consomment 10 g (1 verre de vin par jour)... Les personnes consommant au moins 120 grammes d'alcool par jour auront un risque de cancer du larynx multiplié par 5 par rapport aux abstinentes ». L'alcool serait aussi un facteur de risque de cancer du colon et du rectum.

Une relation dose/effet significative a été mise en évidence par des méta analyses en matière de cancer du sein. Le niveau de risque augmenterait de 10% par dose de 10 g d'éthanol supplémentaire consommé par jour.

On note que le rapport ne traite pas de la viande rouge, aliment présenté par le WRCF, quatre ans plus tard, comme un risque convaincant.

B. Les hypothèses fortes

Le rapport présente ensuite des hypothèses fortes conduisant à des recommandations alimentaires :

- quant à la consommation de **viande et de charcuterie** : les risques de cancer colorectal, cancer du sein, du pancréas, cancer de la prostate apparaissent dans de nombreuses études mais " *sont parfois difficiles à interpréter*" (définitions différentes, importance des modes de cuisson...);
- le **sel et les aliments conservés par la salaison**. La plupart des études ont montré qu'une consommation fréquente de poisson, de viande et de légumes conservés par sa salaison " *était associée à une augmentation de risque de développer un cancer de l'estomac de l'ordre de 1,5 à près de 3 fois plus élevée qu'avec une consommation plus rare*" ;

- les apports en **graisses** : « *certain types d'acides gras pourraient être impliqués dans la survenue des cancers mais des incertitudes persistent quant à l'existence d'une relation causale* ». Sont impliqués les cancers colorectaux, le cancer du sein, le cancer de la prostate. Les études relatives aux fractions ou composants lipidiques (acide gras, cholestérol) suggèrent qu'une consommation élevée en acides gras saturés serait un facteur de risque possible pour les cancers du poumon, colon et rectum, sein, endomètre et prostate ;
- les **fibres alimentaires** (principale source : les céréales les fruits et les légumes et les légumineuses). Le rôle des fibres alimentaires sur les cancers du colon, du rectum et du pancréas, a été montré dans de nombreux travaux « *mais de façon variable dans les études récentes néanmoins* » ;
- la consommation de **café** : « *d'une façon générale la consommation de café n'est pas considérée actuellement comme un facteur de risque important de la survenue des cancers* ». Le rôle du café pourrait être délétère sur certains sites (vessie), mais l'hypothèse d'une protection apportée par des consommations élevées est aussi envisagée (colon, rectum).

C. Les hypothèses non vérifiées

Le rapport traite également des hypothèses non vérifiées ne conduisant pas à des recommandations alimentaires : rôle des anti oxydants (vitamines E, C et caroténoïdes, sélénium, zinc), poly phénols, phyto-oestrogènes, folates, pré et probiotiques dont certaines études montrent une influence protectrice.

CONCLUSION

Pour les quatre pathologies retenues par la mission, l'on retrouve pour au moins l'une des pathologies, établis avec "certitude" par les deux rapports internationaux les plus récents :

- comme facteurs de risques : l'apport énergétique excessif par rapport à la dépense, l'excès d'alcool, l'excès de sel, les acides gras saturés¹⁹ et les acides gras trans ;

L'obésité et le surpoids apparaissent en soi comme facteurs de risque ainsi que la sédentarité. Le diabète maternel est mentionné comme facteur de risque. Le poisson salé "à la chinoise" et les aflatoxines²⁰ sont également mentionnés en tant que tels, comme facteurs de risque du cancer dans les rapports précités.

- comme facteurs de protection : l'acide linoléique²¹, les poissons et huiles de poisson, les fruits et légumes, les fibres alimentaires, le potassium, le fer, les folates, les vitamines C et D et autres vitamines, la consommation faible à modérée d'alcool pour les coronaropathies.

L'excès de sucres "libres" (définition OMS : *"tous mono et di saccharides ajoutés plus sucre naturellement présent dans le miel, les sirops et jus de fruits"*) ou de glucides simples ajoutés n'est établi comme facteur de risque convaincant que pour les caries mais apparaît, pour la prise de poids et l'obésité, en niveau "probable", (*"boissons gazeuses, sodas édulcorés au sucre et jus de fruits"*). Pour l'obésité et le diabète de type 2. Les « *aliments à faible index glycémique* » apparaissent comme facteurs de protection en niveau "possible".

Néanmoins l'OMS, dans son rapport 2003, insiste sur le fait que les sucres simples sont une source de calories importante *"sans nutriments spécifiques"* et recommande qu'ils représentent moins de 10% de l'énergie totale journalière.

La question des glucides simples fait l'objet d'une véritable « cacophonie alimentaire », selon l'expression employée par le rapport de l'AFSSA « *glucides et santé : état des lieux évaluation et recommandations* »²². L'AFSSA recommande que :

- « *la consommation des glucides se fasse au sein de repas structurés (petit-déjeuner et goûter inclus) plutôt qu'en dehors des repas. Il faut lutter contre le grignotage et l'incitation au grignotage d'aliments glucidiques ou lipido-glucidiques ;*
- *la consommation de glucides simples ajoutés soit modérée en veillant à limiter la taille des portions qui les apportent ;*
- *la consommation des glucides se fasse plutôt sous forme solide que liquide. ;*
- *les édulcorants peuvent être une alternative intéressante en tant que substitut aux produits sucrés. Le groupe rappelle cependant l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) interdisant l'utilisation de ces produits chez les enfants de moins de trois ans ».*

En résumé, les connaissances sur le lien nutrition/santé/maladie sont établies mais présentent des degrés divers de certitude scientifique. Ils sont de plus en constante évolution. On le voit :

¹⁹ Les acides myristique et palmitique, présents dans les graisses animales, l'huile de palme et certaines graisses ajoutées favorisent notamment les maladies cardio vasculaires.

²⁰ L'aflatoxine est une mycotoxine produite par des champignons proliférant sur des graines conservées en atmosphère chaude.

²¹ Un acide gras polyinsaturé présent dans l'huile de lin.

²² Octobre 2004.

- sur l'exemple de la viande rouge qui apparaît, dans le rapport du WCRF 2007, comme facteur de risque convaincant pour le cancer colo rectal mais qui n'apparaît pas comme tel dans les travaux conduits en France ;
- sur l'exemple des fruits et légumes qui sont, d'après le rapport du Ministère de la santé/INVS/CNAM²³, le type d'alimentation dont les effets protecteurs sur le cancer sont le plus scientifiquement établis, mais qui sont classés dans le rapport WCRF 2007, comme ayant un haut degré de probabilité mais pas comme convaincants.

Au total, ce qui, en lien avec l'objet du présent rapport (le trop gras, trop salé, trop sucré et l'alcool) est établi avec certitude est que :

- les pathologies chroniques sont avant tout multifactorielles ;
- le premier déterminant est l'équilibre alimentaire d'ensemble, indissociablement lié à l'activité physique, plutôt que telle ou telle composante particulière ;
- la surconsommation énergétique est facteur d'obésité et l'obésité et le surpoids sont eux-mêmes facteurs de risque d'autres pathologies ou troubles chroniques (tels que le diabète, l'hypertension et l'hyperlipidémie) ;
- la "causalité" de l'alcool sur le cancer et les maladies cérébro vasculaires est établie avec certitude. L'OMS fait figurer cette substance, en consommation faible à modérée, comme protectrice des maladies coronaires ;
- le "trop salé" est facteur de risque avéré²⁴, établi pour les maladies cardiovasculaires et le cancer ;
- "le trop gras" l'est aussi, dans ses composants acides gras saturés et acides gras trans pour toutes les maladies cardiovasculaires et pour le diabète de type 2 ;
- Le "trop sucré" est un facteur de risque "probable" mais les recommandations de modération sur le sucre simple sont très fermes ;
- les fruits et légumes jouent un rôle protecteur pour l'obésité, les maladies cardiovasculaires et le cancer.

²³ Alimentation, nutrition et cancer. Vérités, hypothèses et idées fausses. Collection PNNS. 2003.

²⁴ La relation entre Nacl et pression artérielle avait été rapportée dès 1904. cf " HTA alimentation et modes de vie"Ministère de la santé 2003.

ANNEXE IV

DONNÉES RELATIVES AU PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTE ET À LA SITUATION NUTRITIONNELLE EN FRANCE

Établie sous la responsabilité de Bernadette Roussille (IGAS)

SOMMAIRE

I.	LES PROGRAMMES NATIONAUX NUTRITION SANTE (PNNS).....	1
A.	LES OBJECTIFS GÉNÉRAUX	1
1.	<i>Les principes d'action</i>	<i>1</i>
2.	<i>Les objectifs prioritaires des PNNS 2001-2005 et 2006-2010.....</i>	<i>2</i>
3.	<i>Les repères de consommation du PNNS.....</i>	<i>3</i>
4.	<i>Les actions programmées.....</i>	<i>4</i>
B.	LA PLACE DU LEVIER ÉCONOMIQUE DANS LES PNNS	4
C.	LES RÉALISATIONS DU PNNS 1	5
1.	<i>Informier et orienter les consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant.....</i>	<i>6</i>
2.	<i>Prévenir, dépister, prendre en charge les troubles nutritionnels par le système de soins</i>	<i>7</i>
3.	<i>Favoriser l'implication des consommateurs et des professionnels de la filière agroalimentaire dans le cadre du PNNS.....</i>	<i>8</i>
4.	<i>Mettre en place un système de surveillance de la consommation alimentaire et de la situation nutritionnelle de la population</i>	<i>9</i>
5.	<i>Développer la recherche en nutrition humaine : recherche épidémiologique, comportement et clinique</i>	<i>9</i>
6.	<i>Engager des mesures et des actions de santé publique destinées à des groupes spécifiques..</i>	<i>9</i>
D.	ÉLÉMENTS SUR LE PNNS 2	12
E.	LES MOYENS AFFECTÉS AU PNNS.....	13
F.	QUELQUES INDICATEURS DE RÉALISATION	13
1.	<i>Dans le domaine des connaissances et des attitudes de la population.....</i>	<i>13</i>
2.	<i>Au regard des objectifs de la LPSP.....</i>	<i>14</i>
G.	LES LIMITES DU PNNS	15
1.	<i>Sur la gouvernance et le pilotage du PNNS :</i>	<i>15</i>
2.	<i>Sur le contenu, le suivi et l'évaluation.....</i>	<i>15</i>
H.	LES ACTIONS SUR LA NUTRITION HORS PNNS	16
II.	LA SITUATION NUTRITIONNELLE EN FRANCE	17
A.	LES APPORTS NUTRITIONNELS.....	17
1.	<i>Les apports énergétiques totaux.....</i>	<i>17</i>
2.	<i>L'équilibre entre les nutriments.....</i>	<i>18</i>
B.	L'ÉTAT NUTRITIONNEL	20
1.	<i>Carences, déficits et indicateurs de prévention.....</i>	<i>20</i>
2.	<i>L'obésité et le surpoids.....</i>	<i>20</i>
3.	<i>Une caractéristique dominante : des déséquilibres ciblés sur certains groupes</i>	<i>22</i>
4.	<i>Comparaison avec l'étranger</i>	<i>24</i>
5.	<i>Évolutions dans le temps</i>	<i>28</i>
III.	DONNEES SPECIFIQUES SUR L'ALCOOL.....	30
A.	EFFETS SUR LA MORBI / MORTALITÉ	30
1.	<i>L'évaluation du nombre de décès.....</i>	<i>30</i>
2.	<i>La mortalité liée à l'alcool diminue sur moyenne période</i>	<i>32</i>
B.	LA CONSOMMATION MOYENNE D'ALCOOL ET SON ÉVOLUTION	33
1.	<i>Évolution depuis 1925</i>	<i>33</i>
2.	<i>Évolution depuis 1990</i>	<i>34</i>
3.	<i>La consommation régulière et excessive</i>	<i>35</i>
C.	LE COÛT SANITAIRE DE L'ABUS D'ALCOOL	36

I. LES PROGRAMMES NATIONAUX NUTRITION SANTE (PNNS)

Le programme national nutrition santé (PNNS 1) préparé par un comité d'experts mis en place par la direction générale de la santé en 1999 et construit sur la base d'un rapport du Haut comité de la santé publique publié en juin 2000 : « *pour une politique nutritionnelle de santé publique en France* » est un programme de santé publique dont l'objectif est l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie de la population générale par une politique nutritionnelle visant à :

- une meilleure adéquation entre les apports et les dépenses énergétiques ;
- un meilleur équilibre concernant la contribution des différents macro nutriments aux apports énergétiques ;
- une meilleure couverture des besoins en vitamines et minéraux.

Le PNNS 2001-2005 a été prolongé par un PNNS 2006-2010 qui a maintenu les objectifs prioritaires.

Des mesures législatives ont complété le dispositif du PNNS : retrait des distributeurs à l'école et introduction de messages sanitaires dans les publicités alimentaires « *en faveur des boissons avec ajouts de sucre, de sel ou d'édulcorant de synthèse et des produits alimentaires manufacturés* », sauf si l'émetteur choisit de verser à l'INPES une contribution de 1,5% des sommes destinées à l'émission et à la diffusion de ces messages (article L 2133-1 du CSP et décret n° 2007-263 du 27 février 2007 et arrêté du même jour).

A. Les objectifs généraux

Dix principes d'action ont été définis dès 2001 et renouvelés en 2006. Les orientations stratégiques se déclinent à travers neuf objectifs prioritaires qui portent sur les modifications de la consommation, sur des marqueurs de la santé et sur l'exercice physique.

Le programme se traduit aussi par neuf objectifs spécifiques. Ceux-ci concernent des populations particulières : femmes enceintes ou en âge de procréer, enfants, adolescents, personnes âgées, personnes en situation de précarité, sujets présentant des troubles du comportement alimentaire, personnes ayant des problèmes d'allergie alimentaire. La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 (LPSP) reprend certains des objectifs prioritaires ou spécifiques du PNNS.

1. Les principes d'action

Les dix principes généraux d'action fixés par le PNNS (2001-2005) sont les suivants :

- le choix alimentaire est un acte libre, dans le contexte culturel et social propre à chacun ;
- le mot nutrition doit être compris comme englobant la question des apports par l'alimentation et des dépenses énergétiques par l'activité physique ;
- outre sa vocation biologique, l'acte alimentaire a une forte charge culturelle, sociale et affective : c'est en France un moment de plaisir revendiqué. Le PNNS prend en compte la triple dimension biologique, symbolique et sociale de l'acte alimentaire ;
- les orientations développées, les messages promus dans le cadre du PNNS s'appuient sur une expertise scientifique organisée par les pouvoirs publics ;
- les actions mises en œuvre par le PNNS ont comme finalité de promouvoir, dans l'alimentation, les facteurs de protection et de réduire l'exposition aux facteurs de risque vis-à-vis des maladies chroniques, et au niveau des groupes à risque, de diminuer l'exposition aux problèmes spécifiques ; elles s'inscrivent notamment dans une volonté d'évolution favorable pour la santé des environnements alimentaire et physique des personnes ;

- les stratégies, les actions et les messages du PNNS doivent être cohérents, sans contradiction, ni explicite ni par omission. Ils sont tous ordonnés en vue de réaliser les objectifs nutritionnels prioritaires retenus par ce programme ;
- la mise en œuvre des actions majeures du PNNS s'effectue dans le cadre d'un dialogue avec les partenaires du programme présents dans son comité de pilotage, et au niveau régional dans le cadre défini par le plan régional de santé publique ;
- les mesures incitatives sont privilégiées, notamment lorsqu'elles peuvent être adaptées aux différentes catégories d'acteurs. Cependant des mesures réglementaires peuvent être mises en place lorsqu'il s'avère nécessaire de répondre à des critères d'efficacité, voire d'égalité ;
- toute forme de stigmatisation des personnes fondée sur un comportement alimentaire ou un état nutritionnel particulier est bannie par le PNNS ;
- aucun message émanant du PNNS ne saurait interdire ou bannir la consommation d'un quelconque aliment (si sa consommation n'est pas interdite par la réglementation).

2. Les objectifs prioritaires des PNNS 2001-2005 et 2006-2010

Trois catégories d'objectifs ont été fixées par les PNNS. Figurent ci-après en gras les objectifs qui ont trait au « gras, sucré, salé » et à l'alcool et en italiques les objectifs du PNNS 2 qui diffèrent de ceux du PNNS1.

a) Les objectifs portant sur des modifications de la consommation alimentaire

- augmentation de la consommation de fruits et légumes : réduction du nombre de petits consommateurs de fruits et légumes d'au moins 25% (soit environ 45% de la population) ;
- augmentation de la consommation de calcium afin de réduire de 25% la population des sujets ayant des apports calciques en dessous des Apports nutritionnels conseillés (ANC), associée à une réduction de 25% de la prévalence des déficiences en vitamine D ;
- **réduction de la moyenne des apports lipidiques totaux à moins de 35% des apports énergétiques journaliers, avec une réduction d'un quart de la consommation des acides gras saturés au niveau de la moyenne de la population (moins de 35% des apports totaux de graisses) ;**
- **augmentation de la consommation de glucides afin qu'ils contribuent à plus de 50% des apports énergétiques journaliers, en favorisant la consommation des aliments sources d'amidon, en réduisant de 25% la consommation actuelle de sucres simples ajoutés, et en augmentant de 50% la consommation de fibres ;**
- **réduction de la consommation d'alcool qui ne devrait pas dépasser 20 g d'alcool** chez ceux qui consomment des boissons alcoolisées. Cet objectif vise la population générale et se situe dans le contexte nutritionnel (contribution excessive à l'apport énergétique) ; il n'est pas orienté sur la population des sujets présentant un problème d'alcoolisme chronique, redevable d'une prise en charge spécifique. *Diminuer la consommation annuelle d'alcool par habitant de 20% afin de passer en dessous de 8,5 l/an/habitant.*

b) Objectifs portant sur des modifications des marqueurs de l'état nutritionnel

- réduction de 5% de la cholestérolémie moyenne (LDL-cholestérol) dans la population des adultes ;

- réduction de 2-3 mm de Hg de la moyenne de pression artérielle systolique chez les adultes ;
- réduction de 20% de la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m²) chez les adultes *atteindre une prévalence inférieure à 33%* et interruption de l'augmentation de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants.

c) Objectifs portant sur la modification de l'hygiène de vie en relation avec l'alimentation

- augmentation de l'activité physique dans les activités de la vie quotidienne par une amélioration de 25% du pourcentage des personnes, *tous âges confondus*, faisant l'équivalent d'au moins 1/2 h de marche rapide par jour [*d'activité physique d'intensité modérée au moins 5 fois par semaine (soit 75% des hommes et 50% des femmes)*]. La sédentarité, étant un facteur de risque de maladies chroniques, doit être combattue chez l'enfant.

3. Les repères de consommation du PNNS

Il convient de noter que la réduction de la consommation de sel ne figure pas parmi les objectifs du PNNS. Elle est présente en tant que **repère** de consommation : « *préférer le sel iodé, ne pas resaler avant de goûter, réduire l'ajout de sel dans les eaux de cuisson, limiter les fromages et les charcuteries les plus salés et les produits apéritifs salés* ».

Elle figure cependant au sein des neuf objectifs retenus par la loi de la santé publique qui vise une consommation moyenne de 8 gr/ jour/ personne en 2008 et a été introduit dans le PNNS 2 « *réduire la consommation moyenne de chlorure de sodium (sel) à moins de 8 grammes par personne et par jour* ».

Les repères fixés par le PNNS sont les suivants :

Tableau 1 : Repères de consommation du PNNS

Produits	Recommandations	Précisions
Fruits et légumes	Au moins 5 par jour	A chaque repas et en cas de petits creux Crus, cuits, nature ou préparés Frais, surgelés ou en conserves
Pains, céréales, pommes de terre et légumes secs	A chaque repas et selon l'appétit	Favoriser les aliments céréaliers complets ou le pain bis Privilégier la variété
Laits et produits laitiers (yaourts et fromages)	3 par jour	Privilégier la variété Privilégier les fromages les plus riches en calcium, les moins gras et les moins salés
Viandes, volailles, produits de la pêche et oeufs	1 à 2 fois par jour	En quantité inférieure à celle de l'accompagnement Viandes : privilégier la variété des espèces et les morceaux les moins gras Poissons : au moins 2 fois par semaine
Matières grasses ajoutées	Limiter la consommation	Privilégier les matières grasses végétales (olive ; colza) Limiter les graisses d'origine animale (beurre crème)
Produits sucrés	Limiter la consommation	Attention aux boissons sucrées ! Attention aux aliments gras et sucrés à la fois (pâtisseries, crèmes desserts, chocolats, glaces)

Produits	Recommandations	Précisions
Boissons	De l'eau à volonté	Au cours et en dehors des repas Limitier les boissons sucrées (privilégier les boissons light) Boissons alcoolisées : ne pas dépasser par jour 2 verres de vin (10 cl) pour les femmes et 3 pour les hommes ; 2 verres de vin sont équivalents à 2 demis de bière ou 6 centilitres d'alcool fort
Sel	Limitier la consommation	Préférer le sel iodé Ne pas resaler avant de goûter Réduire l'ajout de sel dans l'eau de cuisson Limitier les fromages et les charcuteries les plus salés et les produits apéritifs salés
Exercice physique	Au moins l'équivalent d'une demi-heure de marche rapide par jour	A intégrer dans la vie quotidienne (marcher, monter les escaliers, faire du vélo)

Source : « La santé vient en mangeant » Brochure diffusée par l'INPES.

4. Les actions programmées

Ce programme prévoit de nombreuses actions :

- de communication et d'information du grand public et de groupes spécifiques y compris (femmes enceintes, personnes âgées, migrants) ;
- de terrain et de santé communautaire ;
- de mise en place des systèmes de surveillance alimentaire et nutritionnelle de la population et de la recherche ;
- de prévention, dépistage et de prise en charge des troubles nutritionnels dans le système de soin avec en particulier la mise en place de réseaux pour la prise en charge et la prévention de l'obésité (réseaux REPOP : « prévention et prise en charge de l'obésité en pédiatrie », les villes EPODE « ensemble prévenons l'obésité des enfants » il en existe 157) ;
- d'implication des industriels de l'agroalimentaire et de la restauration collective ainsi que des associations de consommateurs ;
- des actions au niveau des régions (plans régionaux de santé publique), des départements et des villes.

Ces actions sont détaillées ci-après.

B. La place du levier économique dans les PNNS

Présente au titre des politiques générales (politique agricole, politique fiscale - droit d'accises pour l'alcool et TVA -), l'intervention sur les coûts et les prix n'est évoquée qu'à la marge dans un des plans d'action du PNNS 2 « *prévention nutritionnelle globale : offrir à tous les conditions d'une alimentation plus favorable à la santé* » :

- abaisser le prix des fruits et légumes : baisse de la TVA, baisse des charges sociales pour les producteurs, réduction des coûts ;
- au niveau de la distribution : distributeurs automatiques de fruits et légumes, affichage des prix des fruits et légumes à l'unité, diminution des prix des fruits et légumes en restauration collective (modulation patronale), baisse de la TVA sur la farine de type 80.

En revanche, le PNNS 2 comporte tout un volet sur l'offre alimentaire. L'objectif est d'inciter les acteurs économiques à améliorer la qualité nutritionnelle de leurs offres. « *En particulier cette politique vise à rationaliser en France l'emploi de certains nutriments (sel, sucre, lipides saturés)* ». À cette fin, l'État propose aux filières de l'alimentaire de prendre des engagements de progrès nutritionnel sur un mode de préférence collectif. Ces engagements (sur la composition nutritionnelle des produits, la taille des portions, la présentation, le positionnement relatif des prix au regard du critère nutritionnel...) doivent porter sur l'intégralité des gammes et sur un maximum de produits (au moins les 2/3), le but étant d'avoir un impact en matière de santé publique. Les entreprises pourront communiquer sur cet engagement au niveau institutionnel, mais pas sur les produits. « *L'amélioration prévue devra être concrète et conséquente et devra notamment bénéficier aux populations défavorisées* ».

Sur la base d'un référentiel très exigeant, plusieurs grands acteurs (Auchan, Casino, Monoprix, Carrefour, Mac Donald, Ferrero, Coca Cola, Danone, les boulangeries Paul, Saint Hubert) ont fait en 2007/2008 des propositions d'engagement. Seule l'entreprise Saint Hubert a obtenu la validation de sa charte par le comité d'experts. Les résultats de cette démarche sont timides, même si les négociations progressent.

Parallèlement, il est prévu des engagements collectifs par des professions dans le cadre de travaux de groupes pilotés par les ministères (groupe sur les glucides piloté et nouveau groupe de travail sur les lipides). Un observatoire de la qualité de l'alimentation a été mis en place par les ministères chargés de la santé, de l'agriculture et de la consommation, avec comme opérateurs techniques l'AFSSA et l'INRA.

C. Les réalisations du PNNS 1

On trouvera ci-après, présentées dans un rapport / bilan publié en 2006 « Pour une grande mobilisation nationale de tous les acteurs pour la promotion de la nutrition en France - Eléments de bilan du PNNS (2001-2005) et propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS2 (2006-2008) » HERCBERG Serge¹.

¹A noter que ce bilan a été réalisé par les auteurs du PNNS et les responsables de son suivi.

1. Informer et orienter les consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant

Actions prévues	Réalisation	date
1.1. Informer		
Mise au point et vulgarisation d'un logo de communication	Oui	2001
Diffusion d'un guide alimentaire national tout public	Oui	2002
Diffusion de guides spécifiques par public		
Guide parents enfants 0-18 ans	Oui	2004
Guide adolescents	Oui	2005
Guides seniors (et aidants)	En cours	2006
Guide femmes enceintes	En cours	2007
Lancement d'une campagne média tous publics pour la promotion des fruits et légumes	Oui	2001, 2002, 2003
Un thème nouveau fera l'objet d'une nouvelle campagne chaque année.		
Activité physique	Oui	2004
Produits sucrés/féculents	Oui	2005
Création d'un site internet sante.gouv.fr (Nutrition) mangerbouger.fr	Oui	2001 2004
Développement des réseaux de proximité		
Circulaire 2003 (organisation régionale du PNNS)	Oui	2003
Intégration d'objectifs nutritionnels dans les PRSP	Oui	2005
Mise en œuvre de projets locaux	Oui	2004
1.2. Eduquer		
Publication de la circulaire relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité alimentaire	Oui	2001
Intégration de la dimension nutrition dans les programmes scolaires	Non	
Production et diffusion d'outils pédagogiques EDUSCOL	Oui	2002, 2003, 2004, 2005
Analyse de la conformité au PNNS du matériel pédagogique produit par les firmes agroalimentaires		
Procédure d'attribution du logo PNNS/ comité logo	Oui	2004
1.3. Orienter		
Mettre en œuvre les recommandations de la circulaire relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité des aliments (mentionnée précédemment)	En cours	
Inciter la mise en place de fontaines d'eau fraîche dans les établissements.	En cours	

2. Prévenir, dépister, prendre en charge les troubles nutritionnels par le système de soins

Actions prévues	Réalisation	date
2.1. Faciliter l'accès à la consultation de nutrition (hôpital et ville)		
<i>Expérimenter la mise en place de consultations de diététique et nutrition au sein des réseaux de soins, en collaboration avec la CNAM. Sur la base des résultats, de la nouvelle définition des métiers de la nutrition (2.4), après analyse des besoins et mise en place des compétences nouvelles ainsi que des procédures nécessaires, de telles consultations pourraient ultérieurement être mises en place au plus près des populations</i>	<i>Oui dans le cadre des REPOP.</i>	<i>2003</i>
<i>Développer les consultations de nutrition et de diététique au sein de l'hôpital par la création sur 5 ans de : 800 postes de diététiciens destinés à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients hospitalisés et au développement des consultations externes de nutrition à l'hôpital 50 postes de praticiens hospitaliers exerçant leur activité tant dans le cadre des consultations externes que de la prise en charge des patients hospitalisés.</i>	<i>Non, seulement 60 postes de diététiciennes 3 postes de PH</i>	<i>2002</i>
2.2. Développer la prise en charge nutritionnelle à l'hôpital		
<i>Mise en place d'un comité d'orientation (médecins, directeurs d'établissements, responsables d'unité de restauration, diététiciens, infirmiers et représentants des usagers) chargé de :</i> <i>1. mettre en place dans les établissements de santé une structure transversale de liaison sur l'alimentation nutrition</i> <i>2. faire évoluer les pratiques des professionnels pour mieux prendre en compte les attentes des personnes hospitalisées</i> <i>3. renforcer la démarche qualité dans la fonction restauration nutrition</i>	<i>Oui création du CNANES CLAN dans 30 % ES Non Oui Non</i>	<i>2002-2003</i>
2.3. Utilisation d'un disque d'évaluation nutritionnelle en pratique clinique		
<i>Concevoir et diffuser des outils et des livrets d'accompagnement : - diffuser 60 000 outils enfants pour les pédiatres, médecins scolaires, de PMI, généralistes à tendance pédiatrique - diffuser 300 000 disques adultes aux médecins, diététiciens, établissements de soins</i>	<i>Oui Oui</i>	<i>2003 2003-2004</i>
2.4. Préciser les fonctions et les métiers de la nutrition. Adapter les formations des professionnels aux enjeux actuels		
<i>Commander un rapport sur le sujet à des personnalités reconnues dans ce domaine, choisies en accord avec les sociétés de nutrition et de diététique</i>	<i>Oui Rapport de M. Krempf Rapport A. Martin</i>	<i>2003 2006</i>
<i>Susciter une discussion et une réflexion autour du rapport lors d'un colloque qui devrait être européen.</i>	<i>Non fait</i>	
<i>Réviser les formations et les programmes d'enseignement initial et continu, sur la base du rapport et de la discussion qu'il soulèvera, en vue de renforcer la composante nutrition de santé publique.</i>	<i>Non.</i>	

2.5. établir des recommandations pour la pratique clinique dans le domaine du dépistage et de la prise en charge des troubles nutritionnels		
<i>Développer et diffuser des recommandations pour la pratique clinique sur d'autres thématiques touchant à la nutrition :</i>		
- nutrition des femmes enceintes	<i>En cours</i>	2007
- diagnostic et prise en charge de la dénutrition à l'hôpital	<i>Oui</i>	2003
- évaluation de l'état nutritionnel des patients	<i>Oui</i>	2004, 2006
- nutrition des personnes âgées à domicile	<i>Oui</i>	2006
- allergies alimentaire	<i>Oui</i>	2004
2.6. Veille scientifique et diffusion de synthèses actualisées		
<i>Rédiger des synthèses actualisées, à partir de la veille scientifique, par une coordination Agence française de sécurité sanitaire des aliments - Institut de veille sanitaire (AFSSA-InVS), selon des normes de qualité d'expertise.</i>	<i>Oui</i>	2001-2005
<i>les mettre en forme et les diffuser aux professionnels, en s'appuyant sur l'expertise du Comité français d'éducation pour la santé (CFES).</i>	<i>Oui</i>	2001-2005

3. Favoriser l'implication des consommateurs et des professionnels de la filière agroalimentaire dans le cadre du PNNS

<i>Actions prévues</i>	<i>Réalisation</i>	<i>Date</i>
3.1. Définition des conditions de conformité au PNNS. Valorisation de cette conformité		
<i>Définir, en lien avec les représentants des acteurs concernés –filières alimentaires, consommateurs, administrations– les conditions pouvant permettre la validation de la conformité au PNNS de l'information promotionnelle mentionnant une valeur santé (depuis la production jusqu'au service de restauration collective), et la valorisation de cette conformité par le PNNS, au moyen d'un identifiant. La procédure de validation à la conformité au PNNS sera mise en œuvre exclusivement après demande de l'acteur économique intéressé.</i>	<i>Oui</i>	2003-2004
<i>Un comité sera mis en place, sous l'égide du comité stratégique.</i>	<i>Oui</i>	2004
3.2. Renforcement de la formation des professionnels de l'alimentation dans le champ de la nutrition		
<i>Appuyer les initiatives actuelles allant dans ce sens.</i>	<i>Oui</i>	
<i>Analyser les cursus de ces écoles.</i>	<i>Non</i>	
<i>Proposer aux diverses écoles des compléments de nutrition humaine</i>	<i>Non</i>	

4. Mettre en place un système de surveillance de la consommation alimentaire et de la situation nutritionnelle de la population

Actions prévues	Réalisation	date
Mettre en place, une méthodologie de surveillance :		
- de l'état nutritionnel et de ses déterminants au niveau de l'InVS (Unité de surveillance épidémiologique nutritionnelle, USEN)	Oui	2001
- des consommations alimentaires en lien avec l'AFSSA	en cours	2006
- des attitudes et des comportements en relation avec le baromètre nutrition du CFES.	Oui	2002
Harmoniser les outils avec nos partenaires de l'Union Européenne, afin de disposer de bases de décisions semblables.	En cours	
Actualiser au niveau de l'AFSSA les tables de composition des aliments, selon les normes internationales.	En cours	
Développer des saisines spécifiques pour des évaluations particulières (par exemple sur la restauration scolaire ou hospitalière, des populations à risques spécifiques...).	Oui	2004,2005

5. Développer la recherche en nutrition humaine : recherche épidémiologique, comportement et clinique

Actions prévues	Réalisation	date
Mettre en place le Réseau Alimentation Référence Europe (RARE), sous l'égide du Ministère de la Recherche	Oui	2001
Favoriser le développement de la recherche sur la nutrition en santé publique au titre des actions de recherche clinique menées dans les centres hospitaliers, et par la participation des organismes publics (INSERM, INRA), avec la volonté d'accroître significativement la cohérence de l'effort national dans le domaine de la santé publique.	Oui	2001-2005
Favoriser l'activité des CRNH (Centres de Recherche en Nutrition Humaine) existants et développer des thèmes non encore couverts et cohérents avec les objectifs du PNNS.	Oui	2001-2005
Evaluer le PNNS en 2003 et en fin de programme (2006)	En cours	2006

6. Engager des mesures et des actions de santé publique destinées à des groupes spécifiques

Actions prévues	Réalisation	date
6.1. Réduire la carence en fer pendant la grossesse		
Supplémenter en fer les femmes enceintes	Non	
Donner des conseils nutritionnels spécifiques, intégrés dans une information globale sur l'alimentation et l'exercice physique durant la grossesse (Guide spécifique pour les femmes enceintes).	En cours	2007
6.2. Améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer ; notamment en cas de désir de grossesse		
Poursuivre et développer la sensibilisation des personnels de santé, des enseignants (essentiellement de Biologie, Science et Vie de la Terre) et des femmes en âge de procréer, en particulier les jeunes. Cette information sera transmise au travers des centres de planning familial, des PMI, des pharmacies, de la presse féminine, jeune et familiale.	Oui	2005

<i>Conseils nutritionnels adaptés (cf brochure « Bien se nourrir au féminin » éditée par le CFES avec les ministères de la Santé, de l'Agriculture et de la Pêche), guide alimentaire spécifique.</i>	Oui	2005
<i>Préconiser une supplémentation systématique en folates en cas de projet de grossesse.</i>	Oui	2005
<i>Supplémenter à doses suffisantes les femmes particulièrement à risque.</i>	Oui/Non	
6.3. Promouvoir l'allaitement maternel		
<i>S'appuyer sur les recommandations pour la pratique clinique concernant la nutrition de la femme enceinte</i>	Oui	2004-2007
<i>Rédiger et diffuser un document scientifique validé à destination des professionnels relais sur l'intérêt santé de l'allaitement maternel dans un pays comme la France</i>	Oui	2005
<i>Renforcer l'application des directives européennes sur la promotion des substituts du lait maternel (y compris dans les maternités)</i>	Non	
<i>Former les personnels des maternités à l'aide à l'initiation de l'allaitement à la naissance</i>	Oui	2003
<i>Favoriser durant les consultations prénatales une information satisfaisante des femmes sur l'allaitement</i>	En cours	2007
<i>Informar, à ce moment, les femmes sur l'introduction des aliments de compléments</i>	Oui	2006
6.4. Améliorer le statut en fer, en calcium et en vitamine D des enfants et adolescents		
<i>Intégrer ce groupe dans les actions concernant la population générale, en particulier dans le système scolaire</i>	Non	
<i>Concevoir et diffuser un guide alimentaire destiné aux adolescents en 2002</i>	Oui	2004
<i>Diffuser une information ciblée dans les régions françaises de faible ensoleillement afin de développer la supplémentation hivernale des adolescentes, sous contrôle médical, en vitamine D (100 000 UI)</i>	Non	
6.5. Améliorer le statut en calcium et en vitamine D des personnes âgées		
<i>Mettre en place les actions destinées à améliorer la consommation et le statut en calcium durant toute la vie</i>	Oui	2003, 2006
<i>Favoriser la supplémentation mixte en calcium et vitamine D chez les personnes âgées vivant en institution.</i>	Oui	2006
<i>Rappeler, chez les personnes âgées vivant à domicile, l'intérêt d'une supplémentation en vitamine D éventuellement associée à un</i>	Oui	2006
<i>supplément calcique</i>		
6.6. Prévenir, dépister, limiter la dénutrition des personnes âgées		
<i>Analyser les problèmes nutritionnels et alimentaires (accessibilité, consommation, préparation) des personnes âgées (> 75 ans) vivant seules à domicile</i>	En cours	2007
<i>Développer des recommandations pour la pratique clinique sur la nutrition des personnes âgées</i>	Oui	2006
<i>Favoriser le dépistage en pratique médicale de ville et d'institution des états de dénutrition. (disque d'évaluation nutritionnelle)</i>	Oui	2004, 2006
<i>Favoriser l'implication des familles dans la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées (guide spécifique)</i>	Oui	2006

6.7. Protéger les sujets suivant des régimes restrictifs contre les déficiences vitaminiques et minérales ; prendre en charge les problèmes nutritionnels des sujets présentant des troubles du comportement alimentaire		
<i>Proposer des recommandations pour la pratique clinique (ANAES)</i>	<i>Non</i>	
<i>Prendre appui sur les travaux du groupe européen travaillant sur les régimes très restrictifs</i>	<i>Non</i>	
<i>Informier le milieu médical</i>	<i>Non</i>	
<i>Analyser les causes de ces états avec les spécialistes des troubles du comportement alimentaire</i>	<i>Non</i>	
<i>Proposer des recommandations pour la pratique clinique (ANAES)</i>	<i>Non</i>	
6.8. Réduire la fréquence des déficiences vitaminiques et minérales et de la dénutrition parmi les populations en situation de précarité		
<i>Sensibiliser et former les différents acteurs en contact avec ces populations à leurs problèmes nutritionnels spécifiques.</i>	<i>Oui</i>	<i>2004-2005</i>
<i>Favoriser les actions des associations relais pour améliorer la distribution et la qualité nutritionnelle de l'alimentation proposée.</i>	<i>Oui</i>	<i>2003, 2004, 2005</i>
<i>Favoriser les initiatives novatrices où l'alimentation est aussi le support d'une réinsertion et du renforcement du lien social.</i>	<i>Oui</i>	<i>2004</i>
<i>Concevoir et diffuser des outils d'éducation nutritionnelle spécifiques</i>	<i>Oui</i>	<i>2004, 2005</i>
6.9. Prendre en compte les problèmes d'allergies alimentaires		
<i>Elaborer des recommandations notamment sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'allergie alimentaire. Diffuser ces recommandations aux personnels de santé</i>	<i>Non</i>	
<i>Informier les femmes enceintes et allaitantes ayant des antécédents familiaux atopiques en vue d'éviter de consommer les aliments les plus sensibilisants (œufs, arachides, poissons...). (guide spécifique femme enceinte)</i>	<i>En cours</i>	<i>2007</i>
<i>Promouvoir l'allaitement maternel</i>	<i>Oui</i>	
<i>Etudier la mise en place d'un étiquetage exhaustif et précis. Cette action est en cours, sous l'impulsion de la France au niveau européen</i>	<i>En cours</i>	<i>2004, 2005</i>
<i>Etudier les moyens permettant aux consommateurs souffrant d'allergie alimentaire de faire des choix, notamment en restauration collective. (guide spécifique)</i>	<i>Non</i>	
<i>Développer le réseau d'allergo vigilance InVS-AFSSA</i>	<i>Non</i>	
<i>Intégrer ce sujet à la formation de différents professionnels : métiers de Bouche, restauration, professeurs de biologie, élèves des écoles d'ingénieurs agronomes et des écoles vétérinaires</i>	<i>Non</i>	

Ce bilan, réalisé sur le PNNS 1, montre l'importance et la variété des actions menées depuis 2001.

Il fait apparaître néanmoins :

- un décalage fort entre les moyens en personnel prévus et les moyens obtenus pour les consultations de nutrition et de diététique dans les hôpitaux ;
- un retard concernant la prise en charge de l'anorexie.

Il s'agit, au demeurant d'un bilan ou d'une évaluation de processus. La pertinence, l'impact, l'efficacité et l'efficience ne sont pas évalués à proprement parler.

Mais Le PNNS, exemplaire par son élaboration et son suivi plurisectoriel (agriculture, éducation nationale, consommation, collectivités territoriales, acteurs économiques et consommateurs) a fourni aux acteurs publics et privés un cadre de cohérence, des référentiels ou des outils conduisant à une mobilisation forte et s'est poursuivi en 2006 par un second PNNS.

D. Éléments sur le PNNS 2

Ce programme prolonge le PNNS à travers ses objectifs et sa « philosophie » (liberté du choix alimentaire, dimension du plaisir et de la convivialité, opposition à toute stigmatisation...). Il intègre les travaux du Conseil national de l'alimentation (2005 et 2006) et de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé d'octobre 2005 sur l'obésité (rapport Dériot). Il a été construit dans le cadre d'une concertation entre les ministères chargés de la santé, de l'agriculture, de la consommation, de l'éducation, de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale et avec les professionnels et la société civile, tous représentés au sein d'un comité de pilotage et d'un comité interministériel de la politique nutritionnelle française qui en assure la gouvernance. Dans chaque région a été créé un comité régional de pilotage du programme national nutrition santé.

On mentionnera ici, dans le domaine couvert par le présent rapport, quelques-unes des actions nouvelles prévues par le PNNS 2 (102 actions sont prévues) :

- la création d'un observatoire de la qualité alimentaire en charge de la surveillance du marché des produits et de leurs aspects nutritionnels ;
- la transformation du site Internet Mangerbouger.fr en une plate-forme d'information et de conseil validé sur la nutrition, l'obésité, les pathologies liées à l'alimentation ;
- la valorisation des fruits et légumes dans les lieux de vie (restauration collective, taille des rayons fruits et légumes par les grandes surfaces, bons d'achat de fruits et légumes ciblés sur les populations faibles consommatrices...) ;
- la création d'un groupe « lipides » qui réunira des professionnels et des administrations afin de définir des engagements de progrès ;
- une action sur l'offre alimentaire : l'État propose aux acteurs économiques des filières de l'alimentaire (industrie agroalimentaire, distribution, production primaire, fédérations professionnelles...) de prendre des engagements de progrès nutritionnels qui porteront notamment sur la composition nutritionnelle des produits, la taille des portions, la présentation des produits et le positionnement relatif des prix au regard du critère nutritionnel, la communication et la publicité notamment envers les enfants, l'accessibilité aux populations défavorisées... ;
- la création d'un référentiel officiel pour l'étiquetage nutritionnel, dans le cadre de la préparation de la révision de la directive européenne relative à l'étiquetage nutritionnel (directive 90/496/CE) ;
- une étude réalisée par l'AFSSA sur la perception par le consommateur des aliments affichant un bénéfice pour la santé ;
- l'adoption d'un arrêté interministériel définissant les exigences pour la restauration scolaire.

E. Les moyens affectés au PNNS

Tableau 2 : Crédits budgétaires affectés au PNNS

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ministère de la santé	64 029	1037175	1868326	2997446	9245797	5300000	4200000	4400000
CNAMTS		1321311	2227545	2249611	5374987			
CFES/INPES	4571535	3775725	4312652	5241230	7406146		10000000	10900000
Total	4596725	5218191	9408523	10488287	16107954		14200000	15300000

Source : rapport Cour des comptes 2007 et données DGS. En euros.

Ainsi, pour la période de 2001 – 2005, les dépenses directes du ministère chargé de la santé et de l'assurance-maladie sur le PNNS ont été estimées à environ 46 millions €, soit un peu plus de 9 millions € par an en moyenne. Depuis 2007 elles se situent autour de 15 millions €/an ce qui pour un programme de santé publique représente un budget important. A titre de comparaison on indiquera cependant que les dépenses publicitaires de la production et de la distribution agroalimentaire ont été évaluées à 2 milliards € entre 2001 et 2005, selon la Cour des Comptes.

Les budgets mentionnés ici sont les budgets nationaux provenant du ministère de la santé et de la CNAMTS, l'INPES étant financé en réalité par ces 2 sources.

Il faut ajouter :

- des financements d'actions et des dépenses de personnels d'autres administrations et organismes impliqués (recherche, éducation nationale, agriculture, INVS, Inserm, Afssa, Inra....) ;
- des financements des collectivités territoriales, qui peuvent être substantiels. Ainsi, en 2002 selon le rapport bilan PNNS 2006 « la DRASS du Nord-Pas-de-Calais, région très engagée sur la thématique, estimait que pour 1 euro dépensé par l'État, la dépense totale était de 4 euros, grâce à l'engagement des autres partenaires locaux » ;
- des dispositifs du type plan cancer, programmes régionaux de santé, programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), secteur hospitalier, secteur libéral et réseaux de soins.

F. Quelques indicateurs de réalisation

1. Dans le domaine des connaissances et des attitudes de la population

Tous les dispositifs de communication pilotés par l'INPES depuis 2001 ont été évalués par des instituts de sondage. Qu'il s'agisse des campagnes TV, radio, presse, cinéma, affiches ou des guides alimentaires, les scores d'impact, de compréhension ou d'implication sont élevés et en progression. A titre d'exemple :

- sur l'activité physique, point essentiel de la politique nutritionnelle : à la suite de la campagne pluri média de 2004, 83% du public répondait « au moins 30 minutes » à la question « savez-vous combien de temps par jour pratiquer une activité physique pour être en bonne santé ? » ;

- sur les repères du PNNS. En 2002, date du lancement du PNNS, 2,5% des personnes interrogées citaient le repère du PNNS sur les fruits et légumes contre 43% en 2007, les plus informés étant les 8-24 ans. Sur les produits laitiers, 17% citaient les repères du PNNS en 2002 contre 29% en 2006 ; sur l'activité physique, 50% en 2002 contre 91% en 2006. Le taux de notoriété du logo PNNS atteignait en 2006 les 25% (vs 19% en 2005) ;
- le site Manger bouger.fr a été fréquenté sur l'année 2006 par 330 000 visiteurs, en augmentation de 36% sur 2005. En moyenne un visiteur consulte 26 pages du site.

Par ailleurs, concernant les 4 messages sanitaires de l'A L 2133-1 du CSP (activité physique, grignotage, 5 fruits et légumes, trop gras, trop sucré, trop salé) : 71% de la population les a mémorisées et 21% des plus de 15 ans déclarent avoir changé leurs habitudes alimentaires.²

Depuis le PNNS les connaissances du public et notamment des enfants en matière de nutrition et d'exercice physique ont progressé.

2. Au regard des objectifs de la LPSP

Le Haut conseil de la santé publique a produit un « *bilan de l'analyse évaluative des objectifs* » de la loi du 9 août 2004³. Neuf d'entre eux concernaient la nutrition :

- tous les domaines sont considérés comme ayant eu une « une évolution favorable » (fer, vitamine D, sel, folates, iode, consommation de fruits et légumes), les objectifs ou indicateurs ayant été atteints ou approchés ;
- l'objectif 9 concernant la sédentarité et l'inactivité physique : « *Si l'on se base sur la valeur ponctuelle 2006, on peut estimer que l'objectif d'une activité physique modérée quotidienne serait d'ores et déjà atteint chez les femmes mais qu'il ne le sera probablement pas en 2008 chez les hommes. Toutefois ces valeurs sont issues d'une enquête déclarative avec une possible surestimation* » ;
- pour l'alcool, le but était de diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool pur de 20%, en passant d'une consommation de 14,4 litres d'alcool pur par habitant en 1999 à 11,5 litres d'alcool pur par habitant en 2008. En 2006, le chiffre était de 12,9 litres, ce qui représentait une baisse significative au regard du chiffre de 1999. « *La consommation problématique est stable chez l'homme, mais a tendance à augmenter chez la femme. Chez les jeunes on observe une augmentation très importante de la fréquence des ivresses régulières qui concernent un tiers des garçons et près d'une fille sur cinq* » ;
- pour les fruits et légumes, l'objectif était de diminuer d'au moins 25% la prévalence des petits consommateurs (< 3,5 portions par jour soit de 180 grammes) : passer d'une prévalence de l'ordre de 60% en 2000 à 45% en 2008. Le HCSP indique :
- « *l'objectif est atteint chez les adultes : 35% de petits consommateurs de fruits et légumes contre 45% attendus en 2008 versus 60% en 2000* ;
- *l'objectif n'est pas atteint chez les enfants : 58% de petits consommateurs de fruits et légumes contre 45% attendus en 2008 versus 60% en 2000* ;
- *l'objectif n'est pas du tout atteint dans les populations précaires : 95% de petits consommateurs* » d'après l'étude ABENA » ;

² Enquête réalisée en octobre 2007 sur échantillon représentatif.

³ Ce document n'est pas encore publié, sauf pour ce qui concerne les indicateurs nutrition/cancer.

- concernant l'obésité des enfants, l'objectif de stabilisation de la prévalence est considéré comme globalement atteint. « *Les chiffres de départ étaient estimés à 14-20%, le chiffre d'arrivée (ENNS 2006) étant de 17,8%* ». On observera que les études qui font état d'une stabilisation sont des études locales, l'étude nationale sur les CE1 et CE2 entre 2000 et 2007 montre une stabilité du surpoids (18,1%) et une très légère hausse de l'obésité (3,8% en 2000, 4% en 2007). En tout état de cause, il faut attendre pour parler de stabilisation ;
- sur l'obésité et le surpoids des adultes, l'objectif était de réduire leur prévalence de 20% : passer de 42% en 2003 à 33% en 2008. Même si les données d'ENNS 2006 (des données mesurées) ne sont pas comparables à celles d'OBEPi 2003 (données déclarées donc sous évaluées) qui avaient servi de base à la détermination de l'objectif, la prévalence de 42,4% en 2006 selon OBEPi ou 49,3% en 2006 selon ENNS témoigne d'un gros écart par rapport au but poursuivi.

G. Les limites du PNNS

Celles-ci ont été soulignées, notamment par un rapport de la Cour des Comptes (mars 2007) : « *le programme national nutrition santé 2001/2006* » :

1. Sur la gouvernance et le pilotage du PNNS :

- des problèmes de gouvernance et de coordination interministérielle : répartition des rôles entre le Comité de pilotage du PNNS et les administrations, rôle respectif des différentes administrations (santé, agriculture, économie et finances, éducation nationale, jeunesse et sports, intérieur), rôle des instances consultatives (ex. Conseil national de l'alimentation ...), rôle respectif des différentes directions du secteur sanitaire et social (DGS, DHOS, DSS, DGAS) et des échelons déconcentrés (DDASS et DRASS) ;
- une insuffisance de moyens en personnels et un déficit de suivi du plan dans les différentes administrations. Absence d'indicateurs de suivi au plan national comme au plan régional. Absence de tableau de bord ;
- une absence de suivi budgétaire et de gestion de programme ainsi que de contrôles internes. Impossibilité de connaître le coût direct du programme national nutrition santé, a fortiori son coût global par les collectivités publiques ;
- un écart entre des objectifs ambitieux et des moyens réduits. Allocation de moyens notamment tout à fait insuffisants : (exemple, au regard des objectifs de prise en charge de l'obésité : 68 postes de diététiciennes créés pour un objectif de 800 emplois). Trois postes seulement de praticiens hospitaliers en diététique ont été créés alors que l'objectif de 50 était fixé ;
- une coordination insuffisante des études et des recherches entre les organismes publics compétents en matière de recherche [INSERM, INRA, Université, CNAM, ANR (Association nationale pour la recherche)]. Multiplicité des enquêtes (DREES, INSEE, INPES, INVS, AFSSA, CNAM). Lancement parallèle par l'INVS et l'AFSSA de 2 enquêtes en 2006.

2. Sur le contenu, le suivi et l'évaluation

Les débats persistent sur :

- les objectifs et les repères retenus, notamment en matière de fruits et légumes (expression en nombre, en portion ou en poids, quantité retenue, notamment pour les enfants), de calcium et de sel (niveaux retenus jugés excessifs) ;
- les objectifs et les mesures retenus en matière de cholestérolémie, pression artérielle, surpoids et obésité ;

- la définition des portions, fréquences de consommation et groupes d'aliments ;
- la prééminence de l'axe « information » notamment par rapport aux actions de terrain. Mais aussi en même temps affectation aux campagnes de moyens limités au regard des budgets publicitaires du secteur de production et de distribution agroalimentaire : 5 millions d'euros en moyenne par an versus 2 milliards d'euros soit 0,25% ;
- l'émission des actions ;
- la non réalisation, lors du lancement du PNNS 1 d'une enquête sur la situation nutritionnelle en France permettant de constituer une mesure à temps 0 : pas d'image ex ante ;
- le déficit d'évaluation à la fin du premier plan : un bilan a été réalisé par le président du Comité de pilotage du PNNS et co-auteur du plan et non par un audit externe. L'évaluation d'impact a été reportée à la fin du PNNS 2 en 2011. Ainsi l'État a-t-il lancé le PNNS 2 avant de connaître l'impact du PNNS 1. « Échec de la mesure de la performance » selon l'expression de la Cour des comptes.

H. Les actions sur la nutrition hors PNNS

Le PNNS n'épuise pas toutes les initiatives des pouvoirs publics, des organismes de recherche ni surtout des collectivités territoriales qui se multiplient, à la faveur du mouvement créé par le PNNS mais aussi du contexte du tout sanitaire qui anime la société civile.

Du côté du secteur privé, le paysage de l'offre alimentaire, notamment du « trop salé » a été modifié par l'interprofession. Qu'il s'agisse des ventes totales de sel ou du sel dans les potages et soupes, dans les fromages, dans les charcuteries et salaisons, dans les plats cuisinés, en restauration collective, l'apport sodé moyen (hors sel ajouté à table) a baissé en moyenne de 5,2% passant de 8,1gr à 7,7gr entre 1998 et 2006 (source INCA 2⁴). Le secteur de la boulangerie (le pain représente autour de 30% du sel quotidien) s'est attaché à réduire progressivement et régulièrement la teneur du pain en sel.

De son côté, par exemple, le secteur des produits sucrés a fait évoluer l'offre vers des produits à moindre teneur en sucre sans sucres ajoutés (compotes allégées, produits laitiers édulcorés, céréales, reformulation des biscuits, bonbons sans sucre, glaces/sorbets, sirops avec édulcorants intenses, boissons avec édulcorants). Le rapport du groupe de travail PNNS sur les glucides de mars 2007 présente un bilan des actions menées en la matière. Il indique les avantages et les inconvénients des substitutions possibles au saccharose (en particulier, « manque de données sur l'effet nutritionnel à long terme et à dose élevée des édulcorants intenses »).

En définitive, la profession prend des initiatives d'amélioration de la qualité nutritionnelle des produits et d'une façon générale, la sensibilité croissante des consommateurs à l'argument santé crée une pression considérable sur les producteurs et les distributeurs⁵. Le PNNS repose sur une stratégie d'information et raisonne en termes de détaxation et d'engagements contractuels.

Une mesure de taxation qui marquerait une rupture avec ce type de stratégie peut-elle nuire aux collaborations mises en place entre l'industrie et les pouvoirs publics (agriculture et santé) voire aux efforts spontanés d'amélioration qui ont permis d'améliorer un certain nombre de produits ? Dans son livre blanc : « *une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité* » (30/5/2007), la Commission des communautés européennes propose une stratégie entièrement axée sur le partenariat, les bonnes pratiques en matière de publicité, la consommation de fruits et légumes rendue accessible notamment aux enfants des écoles, l'exercice physique et l'éducation, etc.

⁴ Les données ne sont pas les mêmes pour ENNS et INCA, la différence est le sel ajouté à table.

⁵ 2800 articles ont fait l'objet d'allégations nutritionnelles en France, celles-ci sont en cours d'examen par les instances européennes.

II. LA SITUATION NUTRITIONNELLE EN FRANCE

En France, les études INCA (étude individuelle nationale des consommations alimentaires 1998/1999, 2006/2007) et ENNS (étude nationale nutrition santé sur 2006) sont les enquêtes de référence sous l'angle sanitaire. Elles présentent l'avantage par rapport aux enquêtes de l'INSEE de porter sur les consommations (« ingesta ») individuelles (et non les achats des ménages). Elles permettent de dégager les grandes caractéristiques de la situation nutritionnelle de la population vivant en France. Réalisées en 2006/2007, elles sont en cours d'exploitation, après la présentation des premiers résultats en fin d'année 2007.

Menée par l'AFSSA en 1998 puis en 2006, l'étude INCA couvre en 2006 un échantillon de 2623 adultes de 18 à 79 et 1 455 enfants de 3 à 17 ans qui ont déclaré toutes leurs consommations alimentaires pendant une semaine et fourni des informations sur leur comportement alimentaire. Elle permet des comparaisons sur 8 ans (1997-1998/2006-2007).

Conduite par l'InVS par enquête auprès de 3 115 adultes (18/74ans) et 1 675 enfants (3 /17ans), accompagnée d'examens (anthropométrie, pression artérielle, marqueurs biologiques – cholestérol, glycémie, vitamines...), l'enquête ENNS 2006 recueille la description de l'ensemble des aliments et boissons absorbés la veille de l'entretien, entretien répété trois fois réparties aléatoirement sur 15 jours, dont une fois sur un jour du week-end. ENNS 2006 permet de décrire la situation nutritionnelle en France selon les indicateurs d'objectif et les repères du PNNS (programme national nutrition santé). Elle ne comportait malheureusement pas de temps 0 permettant la comparaison avec la période précédant le PNNS.

On présentera ici quelques caractéristiques de la situation nutritionnelle en France en privilégiant ce qui a trait au « trop sucré, trop salé, trop gras », mais en l'inscrivant dans une problématique d'ensemble où ce qui importe est l'apport calorique total et la variété de l'alimentation nécessaire à la protection de la santé. On accordera une place particulière à la question des fruits et légumes car, contrairement aux calories vides du « trop sucré, trop salé, trop gras », ils apportent - mais à un prix « de la calorie » relativement plus élevé - un effet de satiété avec peu de calories et avec des nutriments favorables.

Les données concernant la population moyenne - apports et état nutritionnel- confirment le diagnostic du trop salé, trop sucré et surtout du trop gras. Les déséquilibres concernent des groupes ciblés mais surtout les populations défavorisées du point de vue du revenu, de l'éducation et de la PCS.

Les points de repères sont ici les recommandations du PNNS et les Apports nutritionnels conseillés (ANC), sachant que, pour les nutriments, *« si les apports d'un individu se situent entre le besoin moyen (correspondant à un peu plus du deux tiers de l'ANC) et l'ANC, les risques qu'ils soient en situation d'insuffisance d'apport sont très faibles »*. Il aurait été intéressant de pouvoir développer des comparaisons internationales et des comparaisons dans le temps. Mais celles produites ici sont limitées par la comparabilité des méthodes et en raison du fait que peu de données aussi récentes sont disponibles à l'échelle internationale.

A. Les apports nutritionnels

1. Les apports énergétiques totaux

En moyenne, d'après l'enquête ENNS 2006 : l'« apport énergétique total en calories en 2006 se situe dans la fourchette basse des ANC : 2 474 Kcalories pour les hommes (soit en AESA, « apport énergétique sans alcool » : 2 326 Kc) et 1 923 Kc chez les femmes (1 875 Kc en AESA) (Données Inca-2).

Les ANC de l'énergie sont de 2200 – 2700 kilocalories par jour chez les hommes (70 Kg) et 1 800 – 2 200 kilocalories par jour pour les femmes, la fourchette plus élevée correspondant à des personnes pratiquant des activités physiques habituelles. En moyenne donc et pour ce qui est de l'aspect quantitatif, il n'y a pas, au niveau de la population prise dans son ensemble, pas de sous alimentation ni de sur alimentation d'ensemble.

2. L'équilibre entre les nutriments

Nutriments : éléments utiles et assimilables fournis à l'organisme à la suite de la digestion des aliments (glucides, lipides, protéines, minéraux, vitamines,...). On distingue les **macro nutriments** dont l'apport est indispensable en quantités importantes, de l'ordre de dizaines de grammes ou grammes par jour (protéines, glucides, lipides) et les **micronutriments** dont les apports se situent dans la gamme des microgrammes ou milligrammes par jour (vitamines, minéraux).

Fibres alimentaires : composants des aliments végétaux qui ne sont pas digérés dans l'intestin grêle, mais sont fermentés par les bactéries dans le gros intestin (cellulose, pectines, gommes...).

Tableau 3 : Constats de l'ENNS sur la situation des apports énergétiques sans alcool en 2006

	Recommandations	Adultes	Enfants
Protéines	11 /15% AESA (apport énergétique sans alcool)	17,3%	15,4%
Glucides totaux	≥ 50% AESA (50/55%)	45,5%	48,4%
Glucides simples issus des produits sucrés	< 12,5% AESA	9,5%	13,6%
Lipides totaux	< 35% AESA (30/35%)	37,3%	36,2%
Acides gras saturés	< 35% lipides totaux	37,8%	38,9%
Fibres	> 25 gr/jour chez les adultes	16,2 gr	12,3 gr
Sel	8 g/jour	8,5g/j	7,1 g/j

Source : ENNS 2006.

Lecture : en moyenne les adultes ont un apport de 17,3% de protéines versus 11/15% recommandés.

Tableau 4 : Constats de l'ENNS sur le respect des repères du PNNS

	Repères PNNS	Adultes	Enfants
Féculents	Apports quotidiens en pain, céréales, pommes de terre, légumes secs : 3/6portions	49% sont au niveau du repère	33% au niveau du repère
Fruits et légumes	Au moins 5/j soit 400gr (repère de consommation)	43% au niveau	20% au niveau
Alcool	Au maximum < 20g pour les femmes, < 30gr pour les hommes	17% sont au-dessus	
Activité physique	Au moins 30' par jour, 5 jours par semaine	37% sont au-dessous	de 3 à 17 ans passent > 3h/j devant un écran.

Source : ENNS 2006.

Lecture : 49% des adultes sont au niveau du repère en féculents.

Ce qui ressort, au regard de la consommation moyenne, c'est :

- un diagnostic du « pas assez » : pas assez de féculents, de fibres alimentaires (consommation inférieure de 35% à la recommandation) et de fruits et légumes (43% des adultes atteignent le repère d'au moins 5 portions par jour soit 400g et 20% des enfants). Pas assez d'activité physique pour 1/3 des adultes. Plus de la moitié d'entre eux passent plus de 3 heures par jour devant un écran.
- un diagnostic du « trop » :
 - o trop d'alcool (chez les hommes), trop de gras saturé, trop de sucré (chez les enfants), trop de salé (chez les hommes) ;
 - o 23% des hommes qui consomment des boissons alcoolisées consomment en moyenne plus de 30 gr d'alcool par jour ;
 - o la consommation moyenne de lipides est de 6% et de 3,4% supérieure aux recommandations respectivement chez l'adulte et l'enfant⁶ ;
 - o la part des acides gras saturés dans ces lipides totaux est de 37,8% chez les adultes et 38,9% chez les enfants au regard d'un objectif de 35% : soit un écart de 8% pour les adultes et 11% pour les enfants ;
 - o le pourcentage de 12,5% de l'AESA en glucides simples totaux issus des produits sucrés n'est pas dépassé chez les adultes et l'est en moyenne à hauteur de 8% chez les enfants (54% des enfants de 3-17 ans le dépassent).
 - o par rapport au repère de 8g de sel par jour (incluant le sel apporté lors de la préparation du repas et le sel ajouté à table), la moyenne chez les adultes est, selon ENNS de 8,5 g par jour soit un écart de 6%. 47% des adultes consomment plus de 8 gr par jour⁷.

⁶ 65% des adultes et 60% des enfants ont des apports en lipides supérieurs à l'objectif fixé.

⁷ A noter que l'enquête INCA fournit le chiffre de 7,7gr, mais il s'agit ici du sel provenant des aliments. Par ailleurs le repère de 8 gr peut être considéré comme trop élevé. La recommandation de l'OMS est de 5 g maximum par jour.

Au total, du point de vue du trop gras, trop sucré, trop salé, les écarts par rapport aux recommandations⁸, vont de 0% à 11% pour les 4 nutriments retenus (lipides totaux, acides gras saturés, glucides simples, sel). L'écart le plus préoccupant concerne l'alcool.

B. L'état nutritionnel

Parmi les effets du trop gras, trop sucré, trop salé et trop alcoolisé, le plus inquiétant est l'arrivée en France de l'épidémie d'obésité.

1. Carences, déficits et indicateurs de prévention

« Il n'existe pas de signes évocateurs dans la population générale de carences minérales ou vitaminiques majeures, mais des fractions non négligeables de la population ont des apports alimentaires en certaines vitamines et minéraux qui peuvent s'éloigner des apports nutritionnels conseillés⁹... ». Par exemple 67% de la population adulte et 71% des enfants ont des apports en calcium en dessous de l'ANC.

L'hypertension artérielle chez les adultes (pression systolique et/ou diastolique > 14 et 90 mm de mercure) ou la prise de médicaments antihypertenseurs concernent 34% des hommes et 28% des femmes. La moyenne des pressions systolique et diastolique est de 12,4 mm Hg et 7,8 mm Hg. Elle progresse en fonction de l'âge.

La dyslipidémie (triglycéridémie > 1,7mmol/l ou LDL-émie > 4,1mmol/l ou HDL-émie < 1mmol/l) ou les traitements par médicaments hypolipémiants concernent 50% des hommes et 38% des femmes adultes.

L'hyperglycémie à jeun ou les traitements anti diabétiques concernent 4,7% des adultes.

Ces chiffres, qui mériteraient d'être comparés à ceux de pays voisins, soulignent le lien qui existe entre alimentation et dépenses d'assurance maladie : les traitements préventifs des MCV (maladies cardiovasculaires) et du diabète par des médicaments anti hypertenseurs ou hypolipémiants se présentent comme en quelque sorte des « compléments alimentaires » pour compenser et neutraliser le trop gras, trop salé, trop sucré.... C'est un des aspects les plus préoccupants du bilan : théoriquement la moitié des adultes pourraient être sous traitement hypolipémiant ou un tiers sous anti hypertenseur.

2. L'obésité et le surpoids

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

- le « surpoids » correspond à l'intervalle d'IMC entre 25 et 29,9 kg/m^2 ;
- « l'obésité » est définie par un $IMC \geq 30 kg/m^2$.

Le tour de taille est un marqueur de l'obésité abdominale associée à des risques métaboliques et vasculaires accrus.

a) Quelques effets sur la santé

L'obésité est un facteur qui multiplie par 2 à 10 les risques :

- de diabète. Près de 80% des diabètes de type 2 peuvent être attribués à l'obésité ;

⁸ Les apports nutritionnels conseillés (ANC) sont évalués à partir de données scientifiques et répondent à des règles fixées au niveau européen et par l'Agence française de sécurité sanitaire. Si les apports d'un individu se situent entre le besoin moyen (correspondant à un peu plus du deux tiers de l'ANC) et l'ANC, les risques qu'ils soient en situation d'insuffisance d'apport sont très faibles.

⁹ Traité de santé publique. Bourdillon, Brucker. Flammarion 2007.

- de maladies cardiovasculaires (infarctus, accidents vasculaires cérébraux, insuffisance cardiaque) : excès de cholestérol ou de triglycérides, hypertension artérielle ;
- de cancer, en particulier des voies digestives ou du rein, de la prostate, du sein et de l'utérus ;
- et de toutes sortes de morbidités : apnées du sommeil (20 à 40% des sujets), problèmes ostéo-articulaires, circulatoires, digestifs, rénaux, dermatologiques, problèmes psychosociaux).

b) Prévalence

L'étude nationale nutrition santé 2006 sera retenue ici comme fournissant une donnée fiable, car, parmi les enquêtes nationales, elle est la seule à comporter des **mesures** du poids et de la taille. Les données qu'elle fournit sont en conséquence plus proches de la réalité que les résultats procurés par les études déclaratives. ENNS indique :

- *adultes de 18 à 74 ans : une prévalence de l'obésité de 16,9% et du surpoids de 32,4% (au total 49,3%) : 57% des hommes et 41% des femmes en France sont en surpoids ou obèses. L'obésité touche plus de 6 millions d'adultes. Se situent au-dessus de cette moyenne :*
 - o les hommes de 30/54 ans : 15,3 et 44,7% ;
 - o les hommes de 55/74ans : 24 et 48,8% ;
 - o les femmes de 55/74ans : 24,1 et 33,6%.
- *enfants de 3 à 17 ans : une prévalence de l'obésité de 3,5% et une prévalence du surpoids de 14,3%. Se situent au-dessus de cette moyenne :*
 - o les filles de 3/10 ans : 3,8% et 18,1% ;
 - o les garçons de 11/14ans : 3,2% et 22,1% ;
 - o les garçons de 15/17ans : 3,8% et 12,9%.

Ces données sont cohérentes avec celles établies par une enquête sur les élèves de CM2 : en 2005, 16% étaient en surpoids, 3,7% en situation d'obésité¹⁰.

¹⁰ Enquête Education Nationale, Santé, INVS. Etudes et résultats DREES n°632.

c) Évolution

Les études OBEPI¹¹ menées tous les 3 ans, par déclaration téléphonique depuis 1997, sur un échantillon national d'adultes (en 2006, 23 700 personnes de plus de 15 ans) permettent de dessiner des évolutions. L'augmentation moyenne de l'obésité a été de 5,7% par an entre 1997 et 2006. On dénombrait entre 1997 et 2006, 2 347 000 nouveaux cas d'obésité. Le nombre de sujets dépassant les valeurs de tour de taille considérées comme à risque est passé de 24,7% en 2000 à 30,0% en 2006.

La courbe de progression de l'obésité entre 2003 et 2006 a marqué un infléchissement (autour de 3% par an).

Pour les enfants, les dernières études locales¹² montrent, de façon très concordante, une tendance récente à la stabilisation du surpoids et de l'obésité depuis. Une étude nationale sur les CE1 et CE2 entre 2000 et 2007 montre une stabilité du surpoids (18,1%) et une légère hausse de l'obésité (3,8% en 2000, 4% en 2007).¹³

Le phénomène du surpoids /obésité touche ainsi la moitié de la population française et l'obésité concerne maintenant près de 17% des adultes et autour de 4% des enfants.

3. Une caractéristique dominante : des déséquilibres ciblés sur certains groupes

Les problèmes nutritionnels se concentrent sur certains micronutriments et groupes de population.

a) selon l'âge et le sexe

Les plus problématiques sont :

- relativement aux excès : les hommes pour l'alcool ; les hommes de 18/39 ans pour les acides gras saturés et pour le sel ; les enfants pour le sucre ;
- relativement aux insuffisances : les femmes du point de vue des apports en calcium et des produits laitiers ; dans une certaine mesure, les femmes enceintes ou en âge de procréer pour les folates ; les enfants du point de vue des apports en calcium (adolescentes surtout) et des apports en eau et des fruits et légumes ; les personnes âgées en institution pour la dénutrition (perte musculaire, déficits en minéraux et vitamines).

b) selon les revenus et les PCS : un fort gradient social

pour les apports nutritionnels en général

Les familles modestes (1^{er} quintile de revenus – c'est-à-dire 20% des ménages les moins aisés) et surtout les familles pauvres (< 60% du revenu médian) et précaires (bénéficiaires de l'aide alimentaire) consacrent un budget beaucoup plus bas en valeur absolue à leur alimentation et plus important en valeur relative.

En 1979, l'alimentation représentait 35% du budget des 20% des ménages les plus modestes et 18% de celui des 20% les plus aisés, soit un écart de 17 points. En 2006, l'écart n'est plus que de 4,5 points. Mais en valeur absolue il reste très important : le budget annuel consacré par les ménages du 1^{er} quintile aux produits alimentaires et aux boissons non alcoolisées est en 2006 de 3023 € versus 5267 € pour le dernier quintile. Le poste hôtels/restaurants/café représente 603 € chez les premiers versus 2649 € chez les seconds.

¹¹ Enquête INSERM/SOFRES/ROCHE

¹² Hérault, Val de Marne, Bordeaux, Villes du programme EPODE.

¹³ Les enfants scolarisés en CE 1 et CE 2 en France : prévalence du surpoids et de l'obésité en 2000 et 2007. INVS, USEN, Université de Paris 13, CNAM, INSERM.

Pour les familles pauvres, on reprendra ici les conclusions du rapport « au possible nous sommes tenus » de M. Hirsch en avril 2005 « Les dépenses alimentaires des populations en situation de pauvreté sont particulièrement contraintes : 3,7 € par personne et par jour pour les ménages sous le seuil de pauvreté (défini à 60% du revenu médian) alors que le coût minimal d'une alimentation permettant de répondre aux besoins nutritionnels est de 4 à 5 € par jour. Cette contrainte conduit à privilégier les produits les moins chers (maxi discount, produits premiers prix)... » Or ces produits apportent plus que les autres des calories « vides » : gras, sel et sucre, mais peu de vitamines et de minéraux.

L'étude ABENA¹⁴ sur les bénéficiaires de l'aide alimentaire, en 2005, dont le nombre est estimé à 2,5 millions en France a montré que les déficits sévères en vitamine C (quasiment inexistant en population générale), c'est-à-dire une concentration sérique <12µM concernait 16,3% des hommes et 6,9% des femmes et le déficit sévère en folates (<5µM) 40% des hommes et 39% des femmes.

– pour la consommation de fruits et légumes en particulier

Pour les petits consommateurs de fruits et légumes (< 280g par jour soit moins de 3,5 portions), les différences sociales sont très élevées, d'après l'étude ENNS :

- o adultes : 37,9% chez les employés et ouvriers ; 25,2% chez les cadres et professions intermédiaires (moyenne 35%) ;
- o enfants : 65,6% chez les enfants d'employés et d'ouvriers ; 45,2% chez les enfants de cadres et de professions intermédiaires (moyenne 58,3%) ;
- o 94,5% des bénéficiaires de l'aide alimentaire sont de « petits consommateurs de fruits et légumes » d'après l'étude ABENA.

– pour l'obésité et le surpoids

Du point de vue de l'indicateur « obésité », les différences sociales sont encore plus claires et les écarts tendent à s'accroître :

- selon la PCS :

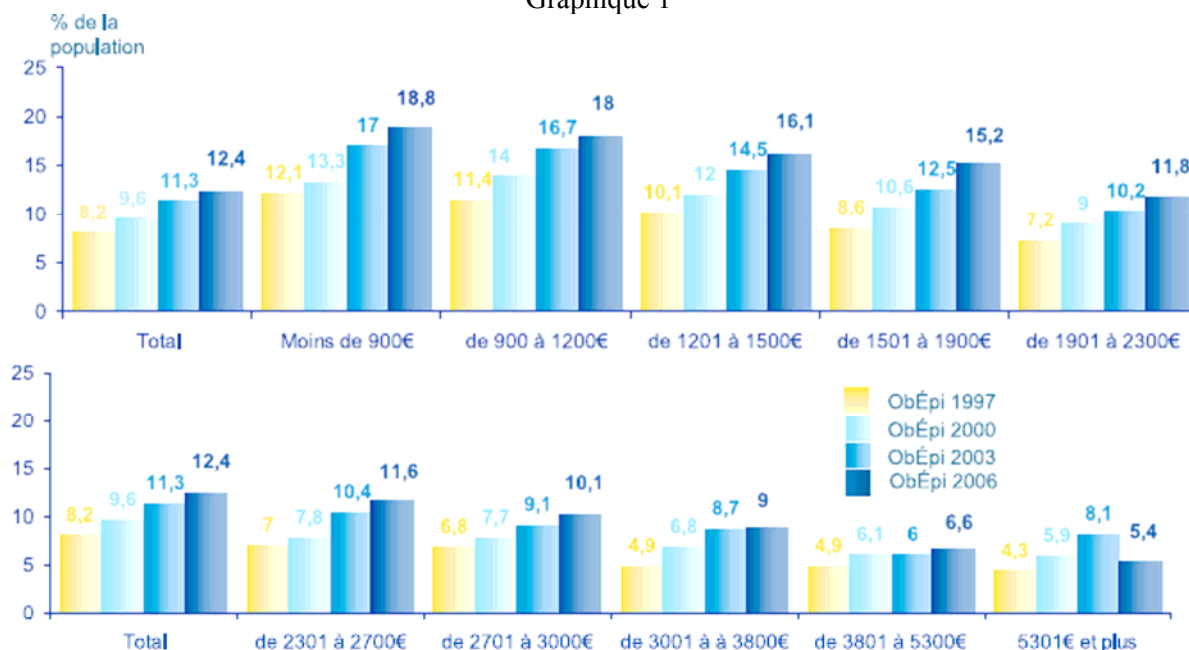
- o chez les adultes, « la population ayant atteint un niveau d'éducation supérieur compte trois fois moins d'obèses que celle qui n'a pas dépassé le niveau primaire ; de la même façon, les cadres et professions libérales comptent deux fois moins d'obèses que les artisans et commerçants »¹⁵ ;
- o concernant les enfants, les écarts entre PCS sont très importants : l'étude sus citée sur les enfants de CM2 révèle qu'en 2005 le pourcentage d'enfants obèses de cadres était de 0,6% contre 6,1% d'enfants d'ouvriers. Les écarts s'accroissent considérablement : le multiplicateur de 10 aujourd'hui, était de 4 en 2002.

¹⁴ « Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire » ABENA 2004/2005. INVS, CNAM, Paris 13.

¹⁵ Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Rapport sur la *prévention et la prise en charge de l'obésité*. Gérard Dériot, sénateur.

- selon le revenu : le niveau de revenu signe un différentiel d'obésité, comme le montre le graphe suivant réalisé dans le cadre d' OBEPI : en 2006, l'écart entre les tranches de revenus >5300 € et celles < 900 € est : une prévalence 3,5 fois plus importante chez les plus fortunés. En 1997 le différentiel était un multiplicateur de 2,8 :

Graphique 1



ure 25 : Répartition de la population adulte obèse par niveau de revenus mensuels du foyer depuis 1997

Les écarts de prévalence selon les revenus se sont fortement accentués entre 1997 et 2006. En 1997, une personne de revenu inférieur à 900 € avait 2,46 fois plus de risque d'être obèse qu'une personne de revenu supérieur à 3 800 €. En 2006, ce multiplicateur est passé à 2,84.

L'obésité a augmenté de 6,7% en 9 ans chez les personnes à petits revenus mais seulement de 1,7% chez les personnes disposant d'un revenu supérieur à 3 800 € revenus.

Tableau 5

Niveau du revenu	< 900€	Entre 1901 € et 2300€	Entre 3801 € et 5300€
Prévalence de l'obésité en 1997 en % de la population	12,1	7,2	4,9
Prévalence de l'obésité en 2006 en % de la population	18,8	11,8	6,6
Différentiel	6,7	4,6	1,7

Source : OBEPI 2006.

Pour juger de l'état nutritionnel de la population, il faudrait pouvoir comparer avec les pays voisins et analyser les évolutions pour voir quelles tendances, négatives ou positives se dégagent.

4. Comparaison avec l'étranger

Les comparaisons sont d'une façon générale problématiques en raison des différences de méthode entre les enquêtes. On s'en tiendra au thème de l'obésité et à certains aspects de l'apport nutritionnel.

a) L'obésité

On reprendra ici :

- des données présentées dans le rapport « le défi de l'obésité dans la région européenne de l'OMS et les stratégies de lutte » OMS 2007.

Tableau 6 : La prévalence de l'obésité et du surpoids en % de la population des pays de l'OMS Europe

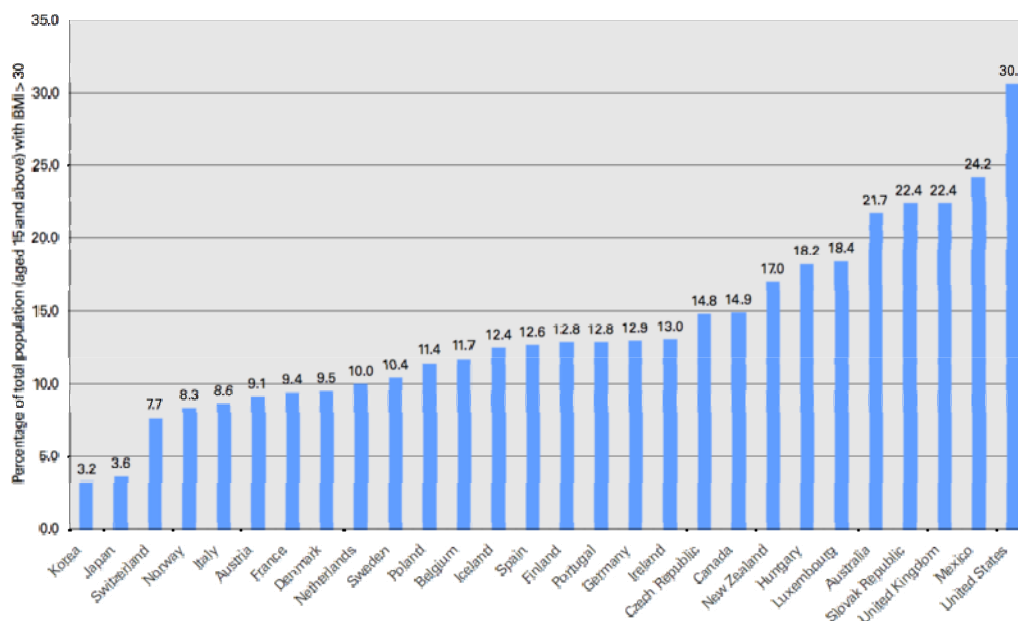
	% hommes en Surpoids	% femmes en Surpoids	% hommes en Obésité	% femmes en Obésité	% enfants de 11 ans ou moins en Surpoids	% enfants de 11ans ou moins en Obésité
Fourchettes en% entre les pays OMS Europe	26 / 56	20 / 42	5 / 23	6 / 36	7/20 garçons 10/22 filles	4/11 garçons 4/12 filles
France Chiffres OMS 2000/2003	37,4	23,7	11,4	11,3	14 garçons 14,7 filles	3,9 garçons 3,6 filles

Source : OMS.

- une figure issue des statistiques santé 2005 de l'OCDE ¹⁶

Graphique 2

Pourcentage de la population obèse dans la population âgée de plus de 15 ans en 2001



Source : L'OCDE en chiffres en 2005.

¹⁶ Elle est issue d'un article du Journal of economic perspectives : why have Americans become more obese ? David Cutler, Edward Glaser, Jesse Shapiro. Été 2003.

Les statistiques 2005 de l'OCDE font apparaître le pourcentage de la population obèse dans la population des divers pays occidentaux âgés de plus de 15 ans et notamment de ceux de l'Union européenne en 2001. Selon ces statistiques, aux États-Unis on compte 193 millions de personnes en surcharge pondérale (les deux tiers de la population), dont 90 millions d'obèses ; en Grande Bretagne la surcharge pondérale concerne 37 millions de personnes (62% de la population) dont 13,7 millions d'obèses. La Grèce n'apparaît pas sur le tableau ci-dessous mais, malgré son fameux « régime crétois », elle compte 22% d'obèses et 57% de personnes en surpoids. La France paraît bien classée avec un taux qui était encore à l'époque de 9,4% d'obèses dans la population adulte.

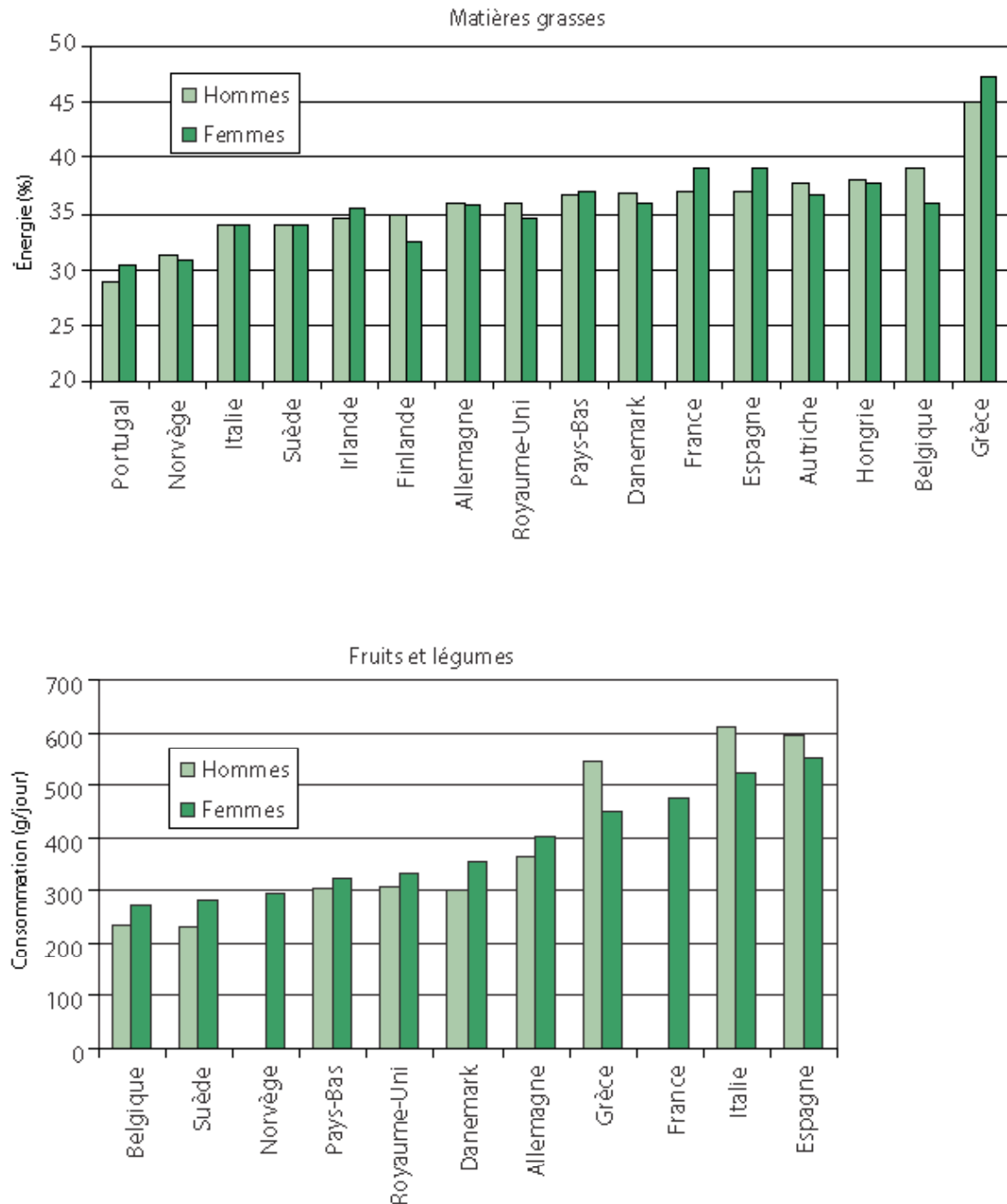
b) Quelques exemples d'apports nutritionnels

Un rapport récent de l'OMS/Europe ¹⁷ établit quelques comparaisons. On ne reprendra ici que les figures les plus récentes. Elles montrent une position de la France moyenne/élevée pour les matières grasses et plutôt favorables pour les fruits et légumes.

¹⁷ Déjà cité : « le défi de l'obésité dans la région européenne de l'OMS et les stratégies de lutte » OMS 2007.

Graphique 3

Figure 9. Proportion d'énergie provenant de matières grasses et de fruits et de légumes chez les hommes et les femmes de plusieurs pays d'Europe. Données provenant d'études individuelles, 1992-2004



Note : les études sur la consommation de légumes en France et en Norvège portaient uniquement sur les femmes.

Sources : Elmadfa & Weichselbaum (53), Harrington et al. (70), Centre néerlandais de nutrition (71), Agudo et al. (54), de Vriese et al. (72).

5. *Évolutions dans le temps*

a) *Sur longue période*

Les évolutions du comportement alimentaire sur les 50 dernières années ont été considérables. La consommation par habitant de pain a été divisée par 2, de pommes de terre par 3, celle de viande est passée en 1950 de 44 kg à 91 kg en 1990 pour diminuer ensuite (85 kg en 1996), la consommation de légumes et de fruits a suivi une courbe ascendante rapide entre 60 kg en 1950 et environ 120 en 1995, la consommation de matière grasse est passée de 12 kg en 1950 à 24 en 1996, les boissons gazeuses et les crèmes glacées et desserts ont vu leur demande multipliée respectivement par 5 et par 15.

L'alimentation s'est diversifiée - ce qui est positif - et comporte une part croissante de plats tout préparés et d'aliments prêts à consommer (70 à 80% des produits consommés sont transformés). La restauration collective a connu un essor remarquable depuis 1955.

Le modèle alimentaire des Français, organisé autour de repas structurés en plusieurs plats évolue, mais lentement - ce qui est protecteur - : en 2002 un Français sur 2 (48,5%) organisait sa journée alimentaire en 3 prises, 8,8% pratiquaient le grignotage (au moins une prise en dehors des 3 repas) dont 12,9% chez les 12/17 ans. Selon l'enquête CCAF 2007 du CREDOC (« *les comportements et consommations alimentaires en France en 2007* »), 25% des adultes (contre 20% en 2004) ont un comportement alimentaire issu du modèle traditionnel dominant avec des repas à heure fixe et en famille.

b) *Sur 3 ans, au regard des objectifs de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004*

Le Haut conseil de la santé publique a élaboré un « *bilan de l'analyse évaluative des objectifs* » de la loi du 9 août 2004¹⁸ dont il est fait état dans la première partie, relative au PNNS.

c) *Sur 8 ans, sur la base des enquêtes nutritionnelles*

Seuls les résultats d'INCA 1 (1998-1999) et INCA2 (2006-2007) fournissent des éléments de comparaison sur 8 ans. Ces enquêtes sont réalisées par l'AFSSA. La dernière couvrit, on l'a vu, un échantillon de 4000 personnes (3 à 79 ans) qui ont déclaré toutes leurs consommations alimentaires pendant une semaine et fourni des informations sur leur comportement alimentaire.

On reprend ici les éléments de synthèse présentés au colloque PNNS du 12 décembre 2007. Ils se caractérisent au total par une grande stabilité qui comporte quelques évolutions :

* *pour les unes favorables :*

- une stabilité globale des apports en énergie, protéines, glucides et lipides, à partir de consommations qui ont changé (phénomènes de compensation, substitution). Il y a une légère baisse des apports énergétiques chez les enfants de moins de 14 ans ;
- une diminution de la consommation des boissons alcoolisées chez les adultes (- 27% chez les femmes et - 9% chez les hommes) ;
- une réduction des apports en sel provenant des aliments consommés par la population adulte (18/79 ans) : ils ont diminué en moyenne de 5,2% passant de 8,1 g à 7,7 g jours à apports caloriques constants. Cette baisse de la consommation sodée se caractérise par une réduction notable de la proportion des forts consommateurs (plus de 12 g jours de celles en provenance des aliments) ;

¹⁸ Ce document n'est pas encore publié, sauf pour ce qui concerne les indicateurs nutrition/cancer. Il en est rendu compte en particulier dans le n° 623 de la publication de la DREES "études et résultats".

- une augmentation de la consommation de fruits frais ou transformés chez les adultes (+ 16%) et les adolescents (+ 12%).

* *pour les autres défavorables :*

- une légère diminution du % d'énergie apportée par les protéines chez les femmes, liée à la baisse de la consommation de viande, produits laitiers et pain ;
- une diminution de l'apport en amidon chez les hommes et les femmes, liée notamment à la baisse de la consommation de pain/panification sèche (principal contributeur aux apports en amidon) et pommes de terre (second contributeur), non compensée par l'augmentation des consommations de pâtes et riz ;
- une augmentation de l'apport en glucides simples chez les hommes et les femmes, liée notamment à l'augmentation des consommations de boissons sucrées, de fruits (H et F) et de compotes/fruits cuits (F) ;
- les aliments de snacking (pizzas, sandwiches...) dont la baisse était souhaitée restent stables, proches de 50 g par jour chez les hommes et de 32 g par jour chez les femmes ;
- l'alimentation reste trop lipidique et insuffisante en glucides complexes par rapport aux recommandations. Elle est toujours trop pauvre en fibres.

Au total, sur la base de ces données et comparaisons, quelle balance établir entre les points positifs et négatifs de la situation nutritionnelle de la population française ?

- en termes d'espérance de vie et d'espérance de vie sans incapacité, la France est dans une position très favorable par rapport aux pays étrangers mais moins favorable en termes de mortalité prématurée chez les hommes. La mortalité cardiovasculaire est relativement faible par rapport à d'autres pays sans que l'on sache si cela est dû à une meilleure alimentation ou à d'autres facteurs (pris en charge médicamenteuse, dépistage, autres facteurs de risque tels que le tabac ou l'activité physique par exemple...) ;
- en terme d'obésité, notamment des enfants, la France se situe dans les pays les moins touchés par l'épidémie. Des études récentes nationales (DREES, INSERM) et locales (de nombreuses villes) témoignent d'un arrêt de la progression, avec toutefois une augmentation des écarts sociaux ;
- par rapport aux ANC et aux recommandations sur le salé, le sucré, le gras, les écarts en population moyenne ne sont pas supérieurs à 11%, comme on l'a vu plus haut (le besoin moyen se situe à environ 2/3 des ANC) ;

Mais

- l'épidémie d'obésité continue à progresser chez les adultes et le niveau du surpoids et de l'obésité est élevé ;
- le diagnostic du trop sucré, trop gras et trop salé de la lettre de mission concerne, on l'a vu, une fraction importante de la population (toute la population pour le trop gras et surtout les hommes pour le trop salé et les enfants pour le trop sucré) et correspond à certains produits dont la consommation tend à croître (cf. annexe sur les données économiques) ;
- on constate une insuffisante consommation de fruits et légumes et de fibres alimentaires ;
- du point de vue des groupes de population, le phénomène le plus préoccupant est la situation des familles les plus défavorisées.

III. DONNEES SPECIFIQUES SUR L'ALCOOL

L'alcool est le seul aliment en consommation courante dont la relation avec la morbidité et la morbidité soit établie avec certitude et ce depuis le début du 20ème siècle (relation de causalité et effet/dose par rapport à la quantité d'éthanol ingérée).

A. Effets sur la morbi / mortalité

1. L'évaluation du nombre de décès

Suivant les sources (INSERM, DREES, OFDT, INPES... États généraux de l'alcool) les chiffres vont de 22/23000 décès par an à 45 000....

Les derniers chiffres produits avec des études sur l'attribuabilité (C Hill / INSERM) datent de 2002. Le chiffre de 22 177 rend compte de la mortalité directement attribuable à l'alcool en 2002 (4% de l'ensemble des décès). Celui de 45 000 des décès liés à l'alcool en 1995 (8%).

Tableau 7 : Décès directement liés à l'imprégnation éthylique chronique en France, 2002

Tableau 1 Décès directement liés à l'imprégnation éthylique chronique en France, 2002 <i>Table 1 Deaths directly attributable to alcohol in France, 2002</i>			
	Hommes	Femmes	Ensemble
Cirrhoses	5 990	2 525	8 515
Cancers des VADS	8 802	1 679	10 481
Psychoses alcooliques	2 557	624	3 181
TOTAL	17 349	4 828	22 177
Sources : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) ; base de données Score Santé, CépiDC			

Source : INVS, BEH n°34/35.

Tableau 8 : Décès attribuables à l'alcool, par sexe, pour les principales maladies liées à l'alcool, France 1995

Tableau 2 Décès attribuables à l'alcool, par sexe, pour les principales maladies liées à l'alcool, France, 1995 / Table 2 Number of deaths attributable to alcohol by gender and disease, France, 1995			
	Hommes	Femmes	Ensemble
Cancers des VADS	14 000	2 000	16 000
Troubles mentaux	2 000	500	2 500
Cardio vasculaire	7 000	600	7 600
Respiratoire	1 000	100	1 100
Digestive	6 000	2 200	8 200
Accidents, empoisonnements	6 000	1 100	7 100
Mal Spécifié	2 000	500	2 500
TOTAL	38 000	7 000	45 000
Source : Hill C. Alcool et risque de cancer. Actualité et dossier en Santé Publique, 2000. 30: p. 14-17			

Selon le rapport « Alcool effets sur la santé » de l'INSERM (2001) 23 000 décès directs sont attribués chaque année à l'alcool dont :

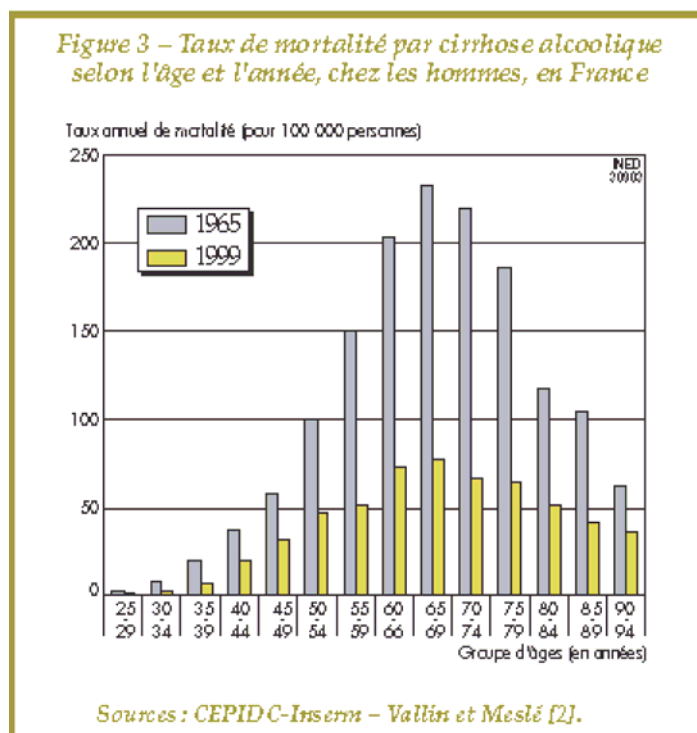
- 1 sur 2 touchent des personnes de moins de 65 ans. L'alcool est une cause majeure de mortalité prématurée : il est à l'origine de 22% des décès des hommes entre 45 et 54 ans et de 48,2% des décès des femmes entre 45 et 64 ans ; il est la 1ère cause de décès chez les jeunes ;
- 8 sur 10 touchent des hommes ; France : 1er taux de mortalité masculine par l'alcool en Europe.

Selon ce même rapport, 5 millions de personnes ont des problèmes médicaux, psychologiques ou sociaux liés à une consommation abusive d'alcool, dont 2 millions sont dépendantes de l'alcool, parmi lesquelles 40% présentent un trouble mental.

Le graphique suivant montre à la fois l'incidence avant 60 ans et l'évolution entre 1965 et 1999 pour la cirrhose du foie.

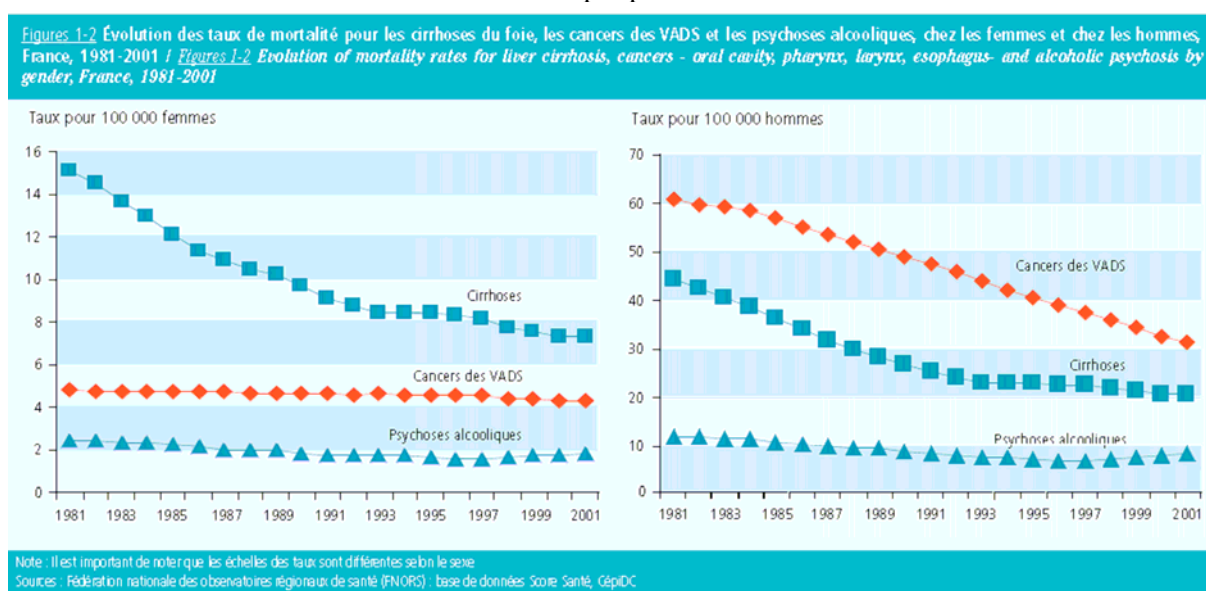
Graphique 4

Taux de mortalité par cirrhose alcoolique selon l'âge et l'année, chez les hommes, en France



2. La mortalité liée à l'alcool diminue sur moyenne période

Graphique 5



La mortalité liée à l'alcool a baissé de plus de moitié entre 1981 et 2001.

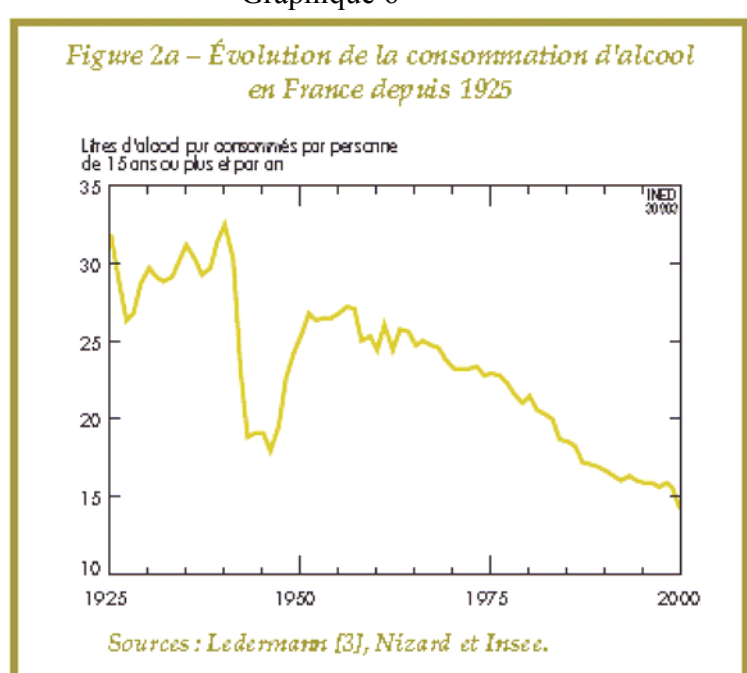
B. La consommation moyenne d'alcool et son évolution

La consommation moyenne d'alcool par habitant âgé de 15 ans et plus est de 11,5 litres en 2007.

Selon l'OFDT¹⁹ : « Depuis le début des années 1960, la consommation d'alcool en France a fortement diminué. Au début des années 1960, la consommation d'alcool par habitant âgé de 15 ans et plus s'établissait à 26 litres d'alcool pur. Quarante ans plus tard, cette consommation a été divisée par deux. Comme on peut le voir sur le graphique, cette baisse est entièrement imputable à la diminution de la consommation de vin. La tendance à la baisse a été moins forte dans les années 1990 que dans les années 1980. Ce mouvement se poursuit, voire s'amplifie au début des années 2000. Entre 1990 et 2005, la consommation d'alcool sur le territoire français a baissé 18% ».

1. Évolution depuis 1925

Graphique 6



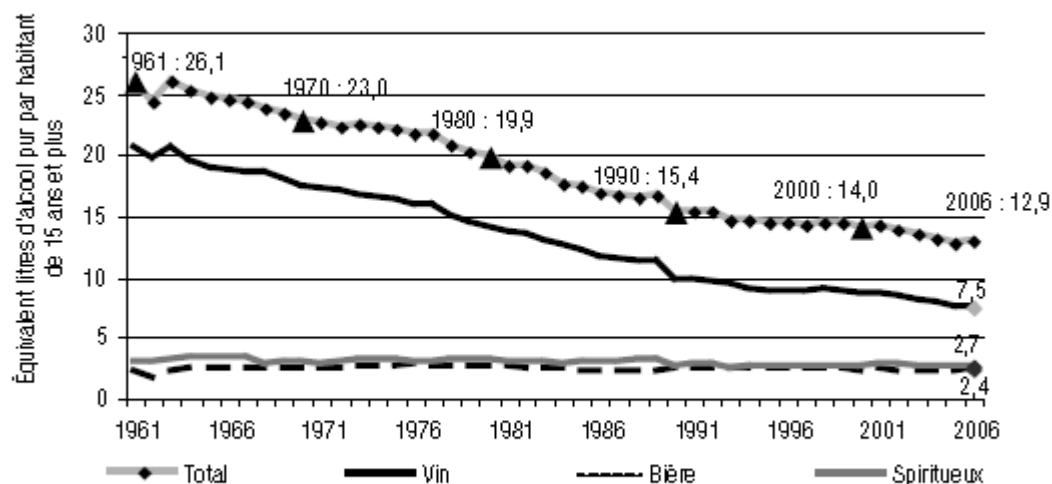
Source : population et sociétés. Sept 2003 C GOT.

¹⁹ Observatoire français des drogues et toxicomanies. Sources statistiques. Site Internet.

2. Évolution depuis 1990

Graphique 7

Graphique 2 • Consommation d'alcool sur le territoire français en litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus (1961-2006)



Champ : France entière, population âgée de 15 ans et plus.

Sources : 1961-1989 : Organisation mondiale de la santé ; 1990-1999 : IDA ; 2000-2006 : IDA et INSEE.

4. Comparaison avec d'autres pays

Tableau 1 • Consommation enregistrée d'alcool dans les pays membres de l'UE en 2003, en litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus

Pays	Litres/hab.	Pays	Litres/hab.
Rép. Tchèque	16,2	Grande-Bretagne	11,4
Luxembourg*	15,6	Finlande	11,3
Irlande***	14,5	Portugal	11,1
Hongrie	13,8	Belgique	10,9
France**	12,9	Italie	10,5
Allemagne	12,7	Lettonie	9,9
Autriche	12,6	Pays-Bas	9,6
Lituanie	12,5	Estonie****	9,2
Danemark	12,1	Grèce	9,0
Espagne	11,7	Pologne	8,2
Slovénie	11,7	Suède	6,9
Slovaquie	11,6	Malte	6,6

Champ : Pays membre de l'Union européenne, population âgée de 15 ans et plus.

Sources : France : INSEE et groupe IDA ; autres pays de l'Union européenne : Organisation mondiale de la santé (cité par la commission européenne, Direction générale de la santé et de la protection du consommateur).

* La proportion très importante d'achat de personnes habitant dans les pays limitrophes du Luxembourg explique un chiffre particulièrement élevé de consommation d'alcool par habitant qui n'est donc pas représentatif de la consommation de la population du Luxembourg.

** Le chiffre fourni pour la France en 2003 est celui qui a été calculé à partir de la méthode définie conjointement par l'INSEE et le groupe IDA. Pour rendre cette donnée comparable à celle des autres pays, seule la consommation taxée a été prise en compte. Cela explique une légère différence avec le chiffre du graphique 1 qui incorpore une évaluation de l'autoconsommation.

*** Chiffres 2001.

**** Chiffres 2002.

Source des 2 figures : L'état de santé de la population en France - Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique - Rapport 2007.

- OFDT : <http://www.ofdt.fr>
- Commission européenne : <http://ec.europa.eu/health/comm>

Comme l'écrit l' « OFDT » Les niveaux de consommation d'alcool étaient au début des années 1960 très largement au-dessus de ceux observés dans les autres pays européens. D'après les données de l'Organisation Mondiale de la Santé, la consommation d'alcool en France est dépassée par celle de pays comme l'Irlande ou la Tchécoslovaquie et ne constitue plus une exception.

3. La consommation régulière et excessive

Source : OFDT

a) La consommation d'alcool chez les 18-75 ans

En population générale adulte, en 2005, seuls 7% des 18-75 ans déclarent n'avoir jamais bu de boisson alcoolisée (ni même des boissons peu alcoolisées comme le cidre ou le panaché), 37% en consomment seulement occasionnellement, 35% au moins une fois par semaine mais pas tous les jours, 15% tous les jours. Les hommes s'avèrent nettement plus consommateurs que les femmes : ils sont en effet trois fois plus nombreux à se déclarer des usagers quotidiens (23% vs 8%) et 41% d'entre eux déclarent une consommation hebdomadaire (mais pas quotidienne) contre 29% des femmes. À l'inverse, la moitié des femmes disent consommer occasionnellement (48%) alors que ce n'est le cas que du quart des hommes de 18 à 75 ans (25%).

La boisson alcoolisée la plus couramment consommée reste le vin (81% des 18-75 ans en ont bu au cours de l'année) devant les alcools forts (58%) et la bière (54%).

En 2005, 15% des adultes disent avoir connu au moins un épisode d'ivresse au cours des douze derniers mois, 5,5% déclarant en avoir connu au moins trois. Ces comportements sont restés stables entre 1995 et 2005. L'ivresse au cours de l'année s'avère trois fois plus fréquente parmi les hommes (22%) que parmi les femmes (7%) et décroît significativement avec l'âge. Pour ceux qui déclarent avoir été ivres dans l'année, le nombre moyen d'ivresses est de 6,0 avec là encore une nette prédominance masculine. Chez les adolescents, l'ivresse augmente fortement avec l'âge. L'ivresse régulière qui consiste à déclarer au moins 10 ivresses au cours de l'année, est rare. Quasi nulle avant 16 ans, elle reste un comportement largement masculin concernant un garçon sur neuf à 17-18 ans.

b) L'usage problématique

Il est également possible de repérer, à partir des enquêtes en population générale, les individus ayant des difficultés avec leur consommation d'alcool grâce au test DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool). Ce test se compose de quatre questions : « Avez vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boisson alcoolique ? » ; « Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? » ; « Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? » ; « Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? ». A partir de deux réponses positives, la possibilité d'une consommation excessive ou d'une éventuelle alcoolodépendance passée ou présente est jugée élevée. Ainsi, en 2005, environ 10% des adultes peuvent être considérés comme ayant, ou ayant eu, un usage problématique d'alcool. Cette proportion est restée stable depuis le début des années 1990. L'indication d'un tel usage problématique apparaît plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (15% vs 5%) et varie faiblement avec l'âge : elle concerne environ 10% de toutes les classes d'âge, à l'exception des plus de 65 ans (7%).

C. Le coût sanitaire de l'abus d'alcool

L'étude globale réalisée par T Lebrun et B Selke sur l'année 1996 résumée dans un article « *le coût social de l'alcoolisme en France* »²⁰ fournit les éléments suivants sur le coût sanitaire (il représente 16% du coût social d'ensemble).

Tableau 9

Coût sanitaire de l'alcoolisme en hypothèse haute (en millions de francs)	
Pathologies directement liées à l'alcool	6 900
Troubles mentaux	4 618
Cirrhose du foie	1 132
Tumeur maligne cavité buccale, pharynx et larynx	918
Tumeur maligne oesophage	231
Ivresse SAI	142
Pathologies indirectement liées à l'alcool	9 500
Schizophrénie	2 871
HTA	1 759
AVC	1 742
Dépression	1 262
Anxiété	561
Total	16 400
Source : Reynaud et coll. [5].	

Source : ADSP n° 46 Mars 2004

La dépense (qui est une fourchette basse) est évaluée à 2, 5 Milliards€. Ce chiffre estimé pour 1996, pour être actualisé, doit prendre en compte la baisse d'incidence de ces pathologies mais aussi la hausse du coût des traitements.

²⁰ Voir la revue du Haut Comité de la Santé Publique : " actualité et dossiers en santé publique " ADSP Mars 2004.

ANNEXE V

DONNEES ECONOMIQUES SUR LES CONSOMMATIONS ALIMENTAIRES

Établie sous la responsabilité de Véronique Hespel (IGF)

SOMMAIRE

I. L'ÉVOLUTION DE LA PART DES CONSOMMATIONS ALIMENTAIRES DES MÉNAGES À DOMICILE ET HORS DOMICILE DANS LEURS CONSOMMATIONS TOTALES	2
A. LA PART DES DÉPENSES CONSACRÉES PAR LES MÉNAGES À LEUR ALIMENTATION DANS LEURS DÉPENSES TOTALES A FORTEMENT BAISSÉ DEPUIS 1960.....	2
1. Cette baisse a exclusivement concerné les consommations à domicile, qui sont passées de 31,5% à 17,9% des dépenses des ménages	2
2. La part des consommations hors domicile au sein de cette dépense s'est fortement accrue ..	3
B. CETTE DÉPENSE D'ALIMENTATION CONTINUE DE CROÎTRE EN VOLUME, À UN RYTHME TOUTEFOIS MOINS RAPIDE QUE LES AUTRES DÉPENSES DES MÉNAGES	4
II. L'ÉVOLUTION DES CONSOMMATIONS DE PRODUITS ALIMENTAIRES À DOMICILE PAR LES MÉNAGES	6
A. L'ÉVOLUTION DES CONSOMMATIONS DE 1960 À 2006.....	6
1. L'analyse par fonction des consommations de produits alimentaires et boissons fait apparaître des évolutions diversifiées en prix, volumes et valeurs depuis 1960.....	6
2. Cette consommation porte aujourd'hui sur des produits à peine plus industrialisés qu'en 1960.....	9
3. La part des produits bruts dans les consommations a décliné au profit des produits transformés.....	10
4. L'attention à l'équilibre nutritionnel des repas devient un facteur important de choix des aliments	12
B. L'APPROFONDISSEMENT DES DONNÉES RELATIVES À L'ÉVOLUTION DES CONSOMMATIONS DEVANT ÊTRE MODÉRÉES SELON LE PNNS	13
1. Les boissons alcoolisées et non alcoolisées	13
2. L'évolution de la consommation des produits sucrés de 1993 à 2006.....	16
3. L'évolution de la consommation des produits riches en lipides de 1993 à 2006.....	21
4. L'évolution de la consommation des produits apportant du sel.....	24
5. Les évolutions de consommation par habitant les plus fortes à la hausse et à la baisse entre 1993 et 2004.....	27
III. L'ÉVOLUTION DES CONSOMMATIONS HORS DOMICILE	29
A. LES DONNÉES INSEE.....	29
1. Données générales sur la restauration commerciale	29
2. La restauration collective.....	31
B. LES DONNÉES PROFESSIONNELLES SUR LES CONSOMMATIONS HORS DOMICILE ET LE SNACKING	32
1. Données sur la restauration rapide	32
2. La porosité des frontières entre les différentes formes de restauration et les achats de produits de snacking dans le commerce alimentaire à domicile reste mal appréhendée.....	33
IV. LES DONNÉES DE L'ENQUÊTE « BUDGET DE FAMILLE »	35
1. Le montant et la part du budget consacrée à la consommation alimentaire selon le quintile de niveau de vie	35
2. La répartition des consommations alimentaires par catégories de produits selon le niveau de vie ..	37
3. La répartition des lieux d'achat selon le niveau de vie.....	42

V.	LES DONNEES SUR LA PRODUCTION ET LA COMMERCIALISATION DES PRODUITS ALIMENTAIRES.....	43
A.	LES INDUSTRIES AGROALIMENTAIRES.....	43
1.	<i>Principales données de structure en 2006.....</i>	43
2.	<i>Le contenu en emploi du chiffre d'affaires.....</i>	44
3.	<i>L'analyse des tableaux emplois ressources et consommations intermédiaires des IAA en 2004.....</i>	46
B.	LE COMMERCE ALIMENTAIRE.....	47
1.	<i>Le commerce de détail.....</i>	47
2.	<i>Le commerce de gros.....</i>	50
VI.	ÉLÉMENTS DE COMPARAISON DU NIVEAU DES PRIX FRANÇAIS PAR RAPPORT AUX AUTRES PAYS EUROPÉENS EN 2006.....	52
A.	LE NIVEAU GLOBAL DES PRIX.....	52
B.	LE NIVEAU DES PRIX DE L'ALCOOL	52
C.	LE NIVEAU DES PRIX DES AUTRES CATÉGORIES D'ALIMENTS	54

PIECE JOINTE N°1 - PRECISIONS METHODOLOGIQUES APPORTEES PAR L'INSEE A LA MISSION SUR LES ÉCARTS ENTRE LES SOURCES D'INFORMATION INSEE SUR LA CONSOMMATION DES MENAGES

PIECE JOINTE N°2 - DETAIL PAR CATEGORIE DE PRODUITS DU RECOURS AUX DIFFERENTS RESEAUX DE DISTRIBUTION SELON L'ENQUETE BUDGET DE FAMILLE 2006

INTRODUCTION

Les principales données économiques mobilisées par la mission ont été celles fournies par l'INSEE. Elles ont été parfois complétées par celles publiées par le ministère de l'Agriculture et les professionnels. Ces données portent en premier lieu sur l'évolution de la consommation des ménages et en second lieu sur les principales caractéristiques des entreprises de production et de commercialisation des produits alimentaires.

Il existe deux sources principales d'information sur la consommation des ménages dans les statistiques de l'INSEE :

- une source évaluant cette consommation et sa répartition à partir de la nomenclature et de l'établissement des comptes nationaux ;
- une source résultant d'une enquête régulière sur le Budget des Familles réalisée sur un échantillon représentatif de 12 000 foyers.

Ces données ne concernent que les achats de produits alimentaires et de boissons des ménages pour leur consommation à domicile :

- elles ne rendent pas compte des « pertes » qui peuvent se produire entre l'achat des produits par les ménages et l'ingestion des aliments (une partie des achats n'étant pas effectivement consommée) ; ces données ne sauraient donc être exploitées indépendamment des enquêtes plus précises effectuées par divers organismes de recherche sur le sujet¹ ; mais pour mesurer les évolutions, elles demeurent pertinentes et même les seules à être établies selon des méthodes cohérentes et homogènes
- l'INSEE ne comptabilise pas dans ses présentations comme consommations alimentaires des ménages les consommations hors domicile, à savoir les prestations de service de restauration qui sont recensées sur d'autres postes : celui des « services aux particuliers » pour la restauration classique, celui des services aux entreprises pour la restauration collective.

Les quatre premières parties présentent les données relatives à l'évolution des consommations alimentaires à domicile et hors domicile ainsi que la répartition par quintile de niveau de vie de ces dépenses selon les ménages d'après l'enquête budget de famille de l'INSEE.

La cinquième partie présente brièvement quelques données de synthèse publiées par l'INSEE et AGRESTE² sur les caractéristiques des entreprises concourant à la production et à la commercialisation des denrées alimentaires³, telles qu'elles ressortent des enquêtes périodiques auprès des entreprises. Dans une dernière partie, sont repris les principaux constats d'une enquête d'Eurostat et de l'OCDE de juillet 2007 sur les prix relatifs des produits alimentaires et des boissons alcoolisées dans 35 pays d'Europe en 2006.

Ces informations ne prennent pas en compte les évolutions constatées en 2007, les données comptes nationaux n'ayant pas été définitivement établies lors de la période d'enquête (mars-avril 2008). Ces calculs ont été établis en peu de temps par une seule personne : il est possible que des erreurs matérielles se soient produites lors de leur établissement, malgré les vérifications effectuées.

¹ Cf. annexe IV relative à la situation nutritionnelle.

² Service des études statistiques du Ministère de l'Agriculture.

³ Sur les seules IAA de plus de 20 salariés.

I. L'EVOLUTION DE LA PART DES CONSOMMATIONS ALIMENTAIRES DES MENAGES A DOMICILE ET HORS DOMICILE DANS LEURS CONSOMMATIONS TOTALES

A. La part des dépenses consacrées par les ménages à leur alimentation dans leurs dépenses totales a fortement baissé depuis 1960

1. Cette baisse a exclusivement concerné les consommations à domicile, qui sont passées de 31,5% à 17,9% des dépenses des ménages

L'analyse par grandes fonctions de la consommation des ménages fait apparaître la diminution importante au cours du temps de la place qu'occupent les consommations de produits alimentaires, de boissons non alcoolisées, de boissons alcoolisées et de prestations de restauration au sein de la consommation effective des ménages telle qu'elle est appréhendée par les comptes nationaux⁴ ou de leurs dépenses (hors imputations statistiques pour déterminer leurs consommations effectives)

Tableau 1 : Consommations alimentaires des ménages en valeur et part dans leurs consommations totales (1960-2006)

Fonctions	1960	1990	2000	2006
011 Produits alimentaires (1)	6 531	85 499	104 337	125 475
012 Boissons non alcoolisées (2)	384	5 515	8 342	10 688
Total produits alimentaires et BNA (1+2)	6 915	91 014	112 679	136 163
021 Boissons alcoolisées (3)	1 048	9 943	13 239	14 428
Total boissons et alimentation 1+2+3	7 963	100 957	125 918	150 591
111 Restauration (4°) = consommations hors domicile	1 261	27 203	39 988	48 152
Total consommations à dom et hors dom 1+2+3 +4	9 224	128 161	165 906	198 743
Total consommations effectives des ménages	30 986	725 846	1 009 594	1 292 464
Total dépenses des ménages hors SIFIM et loyers imputés	25 242	492 271	668 736	841 260
% des consommations à domicile /consommations effectives	25,7%	13,9%	12,5%	11,7%
% des consommations à domicile /dépenses des ménages hors imputations	31,5%	20,5%	18,8%	17,9%
% des consommations hors domicile /consommations effectives	4,1%	3,7%	3,0%	3,7%
% des consommations hors domicile /dépenses des ménages hors imputations	5,0%	5,5%	5,0%	5,7%
% des dépenses d'alimentation /consommations effectives	29,8%	17,7%	16,4%	15,4%
% des dépenses d'alimentation /dépenses des ménages hors imputations	36,5%	26,0%	24,8%	23,6%

Source : INSEE Comptes nationaux (Base 2000) Séries détaillées par fonction des consommations des ménages.

Les consommations alimentaires des ménages à domicile (y compris l'alcool mais hors tabac) représentent un volume de dépenses de 150,6 Mds€ en 2006. Leur part s'élève en 2006 à 11,7% de la consommation effective des ménages contre 25,7% en 1960. Rapportées aux seules dépenses des ménages, ces consommations représentent en 2006 17,9% des dépenses des ménages contre 31,5% en 1960.

⁴ Après imputation sur cette consommation des dépenses de loyers attribuées aux ménages propriétaires de leurs logements et des dépenses en SIFIM (services intermédiaires financiers) indirectement mesurés et prise en compte des dépenses des administrations publiques (APU) au titre des ménages (éducation, santé) qui ne correspondent pas à des dépenses budgétées par les ménages à partir de leur revenu disponible après impôts.

Les consommations de restauration⁵ représentent quant à elles un volume de 48,2 Mds€ en 2006. Leur part s'élève à 3,7% des consommations effectives des ménages, contre 4,1% en 1960. **Rapportées aux seules dépenses des ménages (hors imputations statistiques), ces consommations représentent un pourcentage relativement stable de 5,7% en 2006 contre 5,0% en 1960.**

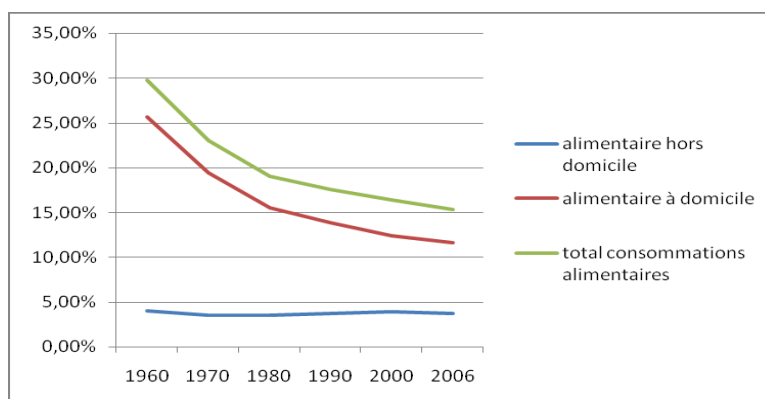
La dépense totale des ménages pour leur alimentation représente 198,7 Mds€ en 2006, soit 15,4% de leurs consommations effectives et 23,6% de leurs dépenses hors imputations statistiques⁶.

2. La part des consommations hors domicile au sein de cette dépense s'est fortement accrue

La place de ces consommations hors domicile est restée, contrairement à l'alimentation à domicile, très stable par rapport à la dépense des ménages, ce qui veut dire qu'elle s'est accrue plus rapidement que la consommation à domicile sur la période et aussi vite que la consommation effective totale. Sa part s'est en conséquence accrue dans le budget consacré par les Français à l'alimentation, comme le montre le graphique suivant.

Graphique 1

Part représentée dans la consommation effective des ménages des consommations alimentaires à domicile et hors domicile



Source : INSEE Comptes nationaux base 2000.

⁵ Identifiées sous la rubrique NAF 55. 3 pour la restauration et la rubrique 55 5A et C pour la restauration collective.

⁶ L'INSEE fait justement observer que la notion de « service » rend l'agrégation de ces données avec celles de la consommation alimentaire à domicile délicate : les données de dépenses hors domicile comprennent une large part liée au service fourni et ne peuvent être interprétées comme de seules dépenses alimentaires. Le total des dépenses recensées sous la rubrique « restauration » de la nomenclature INSEE ne se rapporte pas strictement à la consommation de produits alimentaires et de boissons. Ceci dit, une partie du service rendu se substitue au service non monétarisé mais coûteux en « temps libre » de la préparation des repas à domicile. Avec le développement de l'activité féminine, le changement des habitudes des repas et l'accroissement du snacking, il est apparu intéressant à la mission d'inclure dans son approche fiscale de l'alimentation ces consommations hors domicile.

Ces dépenses hors domicile représentent en 2006 24,2% du « total des dépenses alimentaires au sens large » des Français contre 13,7% en 1960, la progression de la restauration commerciale proprement dite étant très significative, comme le montre le tableau suivant :

Tableau 2 : Évolution de la part des consommations hors domicile dans la consommation alimentaire totale

en M€	1960	1980	1990	2000	2006
Restaurants	388	4 810	15 303	24 331	29 175
Cafés et discothèques (a)	570	3 247	5 483	6 657	7 554
Cantines d'entreprises et restauration sous contrat	302	2 864	6 381	8 942	11 355
Traiteurs, organisation de réceptions	1	13	36	58	68
Total alimentaire hors domicile (1)*	1 261	10 933	27 203	39 988	48 152
Total alimentaire à domicile (2)	7963	47888	100957	125918	150591
% dépenses hors domicile (2) / total (1+2)	13,7%	18,6%	21,2%	24,1%	24,2%
dont % restaurants / dépenses alimentaires totales des ménages	4,2%	8,2%	11,9%	14,7%	14,7%
Dont % restauration collective	3,3%	4,9%	5,0%	5,4%	5,7%

Source : Comptes nationaux base 2000 Données traitées par l'INSEE pour le compte de la mission.

a) Autant le service des cafés concerne bien une activité alimentaire, autant les discothèques devraient en toute rigueur être exclues du champ d'analyse mais la mission n'a pas disposé des informations suffisantes pour pouvoir les distinguer.

B. Cette dépense d'alimentation continue de croître en volume, à un rythme toutefois moins rapide que les autres dépenses des ménages

Cette diminution relative de la part des dépenses alimentaires dans la consommation totale des ménages a été accompagnée d'une **croissance continue en volume de la consommation alimentaire depuis quarante ans sur l'ensemble des postes.**

Le tableau ci-après fait apparaître l'évolution différenciée en valeur, en prix et en volume des consommations à domicile et hors domicile et des éléments de comparaison avec l'évolution en prix et en volume de l'ensemble des consommations des ménages hors SFIM.

Tableau 3 : Évolution des valeurs, prix et volumes des dépenses des ménages pour l'alimentation

Évolution par fonctions en %	Évolutions en valeurs			Évolutions en volumes			Évolutions en prix		
	1960-2006 (multiplicateur arrondi)	1990-2006	2000-2006	1960-2006	1990-2006	2000-2006	1960-2006	1990-2006	2000-2006
011Produits alimentaires	19	47%	20	157%	15%	5%	646%	28%	14,23%
012Boissons non alcoolisées (BNA)	27	94%	28%	415%	54%	20%	440%	26%	7%
021Boissons alcoolisées	19	50%	21%	81%	14%	3%	661%	28%	6%
111Restauration	37	77%	20%	108%	17%	3%	1738%	51%	17%
Dépenses des ménages hors SIFIM	38	77%	19%	320%	35%	15%	790%	32%	11%

Source : INSEE Comptes nationaux (Base 2000) Séries détaillées par fonction de la consommation des ménages. Chaînage base 100 en 2000.

II. L'ÉVOLUTION DES CONSOMMATIONS DE PRODUITS ALIMENTAIRES À DOMICILE PAR LES MÉNAGES

A. L'évolution des consommations de 1960 à 2006

1. L'analyse par fonction des consommations de produits alimentaires et boissons fait apparaître des évolutions diversifiées en prix, volumes et valeurs depuis 1960

a) Les produits alimentaires

Le tableau ci après, retraçant l'évolution des consommations par fonctions fait apparaître les constats suivants :

- la progression en volume de la consommation de viande s'est singulièrement infléchie depuis 1990, sans toutefois que ceci se soit traduit par un net décrochage de l'évolution des prix par rapport à celle des autres produits alimentaires ;
- la consommation de poissons et crustacés a progressé nettement plus vite en volume que la moyenne des produits alimentaires (+203%), malgré une évolution des prix qui atteint presque le double de celle des autres produits (multipliés par 12 au lieu de 6) ;
- les consommations de **produits laitiers et d'œufs** ont plus que triplé en volume depuis 1960 tandis que les prix de ces produits évoluaient moins vite que les prix des produits alimentaires (multipliés par 4,8 au lieu de 6,46) ; **sur la période récente (1990-2006), les consommations ont augmenté en volume de 26% soit 11 points de plus que la moyenne tandis que les prix augmentaient moitié moins vite que cette moyenne (15% au lieu de 28%) ;**
- les consommations de **fruits ont progressé en volume de 145% sur la période 1960-2006**, 19% sur la période 1990-2006, 10,5% sur la période 2000-2006 ; les **consommations de légumes ont progressé** plus faiblement (+115%) sur l'ensemble de la période mais **de 19% sur la période 1990-2006, + 5,6% sur la seule période 2000-2006** ; en terme de prix, les évolutions de ces deux catégories ont été assez voisines de celle des produits alimentaires en général sur les périodes 1960 et 2006 et 1990 à 2006 ; on note cependant sur la période plus récente (2000-2006) une progression un peu plus rapide des prix des fruits qui ne semble pas pourtant avoir freiné la progression de leur consommation en volume.

Ce tableau appelle les commentaires suivants :

- la valeur des consommations totales des ménages en euros courants a été multipliée par 38 depuis 1960 quand celle des produits alimentaires et des boissons alcoolisées a été multipliée par 19, celle des boissons non alcoolisées par 27, et celle des restaurants a été aussi soutenue que la consommation globale ;
- **la progression en volume des consommations de produits alimentaires sur la période 1990-2006 est certes moins importante (+15%) que celle de l'ensemble des dépenses des ménages (+35%) mais reste significative** et s'est poursuivie entre 2000 et 2006 ; celle de la restauration s'est ralentie à partir de 1990 par rapport aux années antérieures mais demeure soutenue également (+17%) ; la consommation en volume des BNA a été quadruplée depuis 1960 et reste très supérieure à l'évolution des consommations totales au cours des périodes plus récentes ; la progression en volume des boissons alcoolisées est la moins soutenue, quelle que soit la période considérée mais reste positive sur la période récente, à peine inférieure à celle de la restauration sur cette période.

L'INSEE Première de mai 2002⁷ indique que de 1960 à 2001 la consommation alimentaire des ménages s'est accrue de 2,3% en volume par an quand la consommation totale des ménages augmentait de 3,2%. L'accroissement de la population (+1,6% par an et par habitant, sur la période 1960 2001) n'explique que pour une faible part la hausse du budget alimentaire des ménages. « Outre l'augmentation des quantités de certains produits, la croissance en volume de la dépense alimentaire par habitant résulte d'un effet qualité : les consommateurs ont reporté une partie de leur demande vers des produits élaborés puis vers des biens de meilleure qualité, souvent onéreux » indique l'INSEE. La croissance du budget alimentaire des ménages a surtout eu lieu dans les années soixante (+ 2,7% par an et par habitant de 1960 à 1973). Puis, la demande alimentaire atteint progressivement un niveau de saturation : par habitant elle ne progresse plus que de 1,8% par an entre 1973 et 1978 et de 1,5% entre 1978 et 1989. Depuis 1990 la croissance en volume est plus faible mais persiste.

- **L'examen de la progression des prix fait apparaître le rythme d'évolution 2 fois plus rapide des prix de la restauration par rapport à ceux de l'alimentation à domicile et de l'ensemble des autres consommations des ménages** : alors que sur l'ensemble des consommations des ménages les prix ont été multipliés par 8 depuis 1960, les prix de la restauration ont été multipliés par 17 tandis que ceux de la consommation d'aliments à domicile n'étaient multipliés que par 6 ; sur la période récente, cette hiérarchie demeure ; **les prix de la restauration ont progressé de 51% entre 1990 et 2006, quand les prix en général ne progressaient que de 32% et ceux des produits alimentaires et boissons alcoolisées de 28%.**

⁷ INSEE Première n°846 Mai 2002 La consommation alimentaire depuis quarante ans.

Tableau 4 : Évolution des valeurs, prix et volumes des consommations à domicile de produits alimentaires 1960-2006

Évolutions par fonction	valeur 2006 en M€	Évolutions en valeur			évolutions en volumes			évolutions en prix		
		1960- 2006 (multiplicateur arrondi)	1990- 2006	2000- 2006	1960- 2006	1990- 2006	2000- 2006	1960- 2006	1990- 2006	2000- 2006
Produits alimentaires (1)	125 475	18	47%	20%	157%	15%	5%	646%	28%	14%
Pain et céréales	18 542	16	50%	18%	57%	12%	5%	963%	34%	12%
Viandes	36 024	16	36%	18%	147%	4%	0,3%	606%	30%	18%
Poissons et crustacés	10 744	36	59%	21%	203%	16%	6%	1119%	37%	14%
Lait, fromages et oeufs	18 725	24	45%	18%	334%	26%	9%	481%	15%	8%
Huiles et graisses	3 274	6	15%	6%	39%	-14%	-7%	407%	34%	15%
Fruits	9 416	17	51%	32%	145%	19%	11%	644%	27%	20%
Légumes	13 812	15	48%	23%	115%	19%	6%	662%	24%	17%
Sucre, confitures, miel, chocolat et confiserie	10 026	27	66%	25%	264%	30%	12%	660%	27%	11%
Sel, épices, sauces et produits alimentaires divers.	4 913	35	92%	25%	470%	42%	11%	540%	35%	14%
Total dépenses des ménages hors SIFIM	982 932	36	77%	27%	320%	35%	15%	790%	32%	11%

Source : INSEE Comptes nationaux (Base 2000) Séries détaillées par fonction de la consommation des ménages.

- **Sur longue période, la consommation en volume de pain et de céréales (+57%), ainsi que celle d'huiles et de graisses (+39%) ont sensiblement moins augmenté que l'ensemble des consommations de produits alimentaires (+157%)** : pour les huiles et les graisses ces consommations sont même en nette diminution depuis 1990 ; en revanche depuis 1990 **pour les céréales la progression des consommations s'est redressée (+12%) sur un rythme plus proche de la consommation d'ensemble (+15%) et se maintient au cours des années plus récentes** ; l'évolution des prix des matières grasses (multiplié par 4) a été sur la période 1960-2006 plus faible que celle des prix alimentaires en général (multiplié par 6), celle des produits céréaliers a été très nettement supérieure (multipliée par 10%) y compris au cours de la période récente ;
- **les consommations de sucreries ont progressé de 264% en volume depuis 1960, 30% depuis 1990, 12% depuis 2000**, leurs prix évoluant sensiblement comme la moyenne des produits alimentaires, sauf sur la période récente ;
- la consommation **de sel, épices, sauces, condiments, préparations diverses et autres produits alimentaires non classables a, quant à elle, quintuplé depuis 1960, et progressé de 42% depuis 1990.**

Ce tableau fait apparaître enfin que les prix des produits alimentaires ont progressé plus vite sur la période 2000-2006 (14,2%) que ceux relatifs à l'ensemble des consommations des ménages (11,3%), ceux des laitages (8,2%) progressant cependant nettement moins vite.

b) Le poste des boissons

L'analyse par fonction de la consommation de boissons fait apparaître les évolutions suivantes :

- le poste **boissons alcoolisées** a progressé en valeur moins vite que les produits alimentaires sur la période 1960-2006 (multiplication par 13 et non par 18 des consommations) mais **sur la période plus récente (1990-2006) sa progression en volume (+14%) est très forte et proche de celle des produits alimentaires (+15%) et sa progression en termes de prix a été identique (+28%)** ; ces évolutions s'infléchissent certes entre 2000 et 2006 mais la consommation de boissons alcoolisées ne diminue pas encore en volume globalement et celle des alcools et des vins continue de progresser ;
- La consommation des **boissons non alcoolisées**, autres que le café, le thé et le cacao, a explosé : elle a été multipliée par 11 en volume depuis 1960, et a augmenté de 86% depuis 1990, 29% depuis 2000 ; le prix relatif de ces boissons augmente sensiblement moins vite que les autres produits alimentaires.

Tableau 5 : Évolution des valeurs, prix et volumes des dépenses des ménages pour l'alimentation

	Consommations 2006 en M€	évolutions en valeur			évolutions en volumes			évolutions en prix		
		1960-2006	1990-2006	2000-2006	1960-2006	1990-2006	2000-2006	1960-2006	1990-2006	2000-2006
		Multiplieur	%	%	%	%	%	%	%	%
021 Boissons alcoolisées	14428	13	45%	9%	81%	14%	2,6%	661%	28%	6%
0211 Alcools	4030	28	45%	6%	344%	19%	2,5%	555%	22%	4%
0212 Vins, cidres et champagnes	8761	10	52%	10%	36%	16%	3,2%	709%	31%	7%
0213 Bières	1637	14	17%	8%	82%	-7%	0,6%	707%	26%	9%
012 Boissons non alcoolisées (2)	10 688	27	94%	28%	415%	54%	20%	440%	26%	7%
0121 Café, thé et cacao	2 980	10	42%	8%	101%	4%	2%	436%	36%	6%
0122 Autres boissons non alcoolisées	7 708	70	126%	38%	1117%	86%	29%	486%	21%	7%
Pm évolutions sur dépenses des ménages hors SIFIM	982 932	36	77%	27%	320%	35%	15%	790%	32%	11%
Pm évolutions fonction Produits alimentaires	125 475	18	47%	20%	157%	15%	5%	646%	28%	14%

Source : INSEE Comptes nationaux (Base 2000) Séries détaillées par fonction de la consommation des ménages.

2. Cette consommation porte aujourd'hui sur des produits à peine plus industrialisés qu'en 1960

Sur les 150,6 Mds€ de produits alimentaires et boissons consommés à domicile par les ménages en 2006, 127,3 Mds€ sont produits par les industries agroalimentaires (soit 84,5%) et 23 Mds€ sont produits par les secteurs de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche. Ces proportions n'ont pas beaucoup varié par rapport à 1960 : les produits des IAA représentaient à l'époque déjà 80,3% des consommations alimentaires à domicile des ménages.

La part de l'autoconsommation dans ces consommations à domicile, telle qu'elle est estimée par l'INSEE, a fortement et régulièrement décliné au cours de la période : elle était de 6,1% en 1960 et n'est plus aujourd'hui que d'1,7%. Cette autoconsommation représente encore néanmoins une fraction importante des consommations des produits de l'agriculture non transformés en 2006 (7,9% contre 21,7% en 1960). Cette évolution reflète la baisse importante du nombre de producteurs agricoles au cours de la période et les effets de l'urbanisation.

La répartition de la consommation en valeur entre les diverses industries alimentaires a significativement varié au cours de la période : le poids des industries de viande a diminué tout comme celui des industries de boissons, tandis que celui des industries du lait et des industries diverses s'est accru. Les industries de la viande représentent néanmoins encore 24% de la dépense alimentaire des ménages en valeur en 2006.

Tableau 6 : Évolution de la part des différents secteurs d'activité
dans la consommation alimentaire des ménages

Code	Poste de consommation	Consommation 1960 en M€ courants	% dépenses alimentaires totales en 1960	% dépenses alimentaires totales en 2006	Consommation 2006 en M€ courants
A01	Partie de Agriculture, chasse, services annexes	1 372	17,2%	13,1%	19 672
A03.A	Produits de la pêche	187	2,4%	2,2%	3 381
B01	Industrie des viandes	2 067	26,0%	23,9%	36 024
B02	Industrie du lait	888	11,1%	13,7%	20 601
B03	Industrie des boissons	1 149	14,4%	13,4%	20 229
B04	Travail du grain	49	0,6%	0,8%	1 278
B05	Industries alimentaires diverses	2 240	28,1%	32,7%	49 202
F12.G1	Sel alimentaire	10	0,1%	0,1%	128
	Total consommations alimentaires	7 963	100,0%	100,0%	150 591

Source : INSEE comptes nationaux base 2000.

3. La part des produits bruts dans les consommations a décriu au profit des produits transformés

L'Insee Première de mai 2002 cité ci-dessus fait observer que la part des produits bruts traditionnels dans la consommation alimentaire des ménages (hors boissons alcoolisées) a diminué de près de moitié en passant de 16,8% à 8,8% de la consommation en valeur depuis 1960. La plus forte diminution a concerné la consommation de graisses brutes (huile, beurre, margarine) qui ne représente plus que 2,4% des consommations en valeur contre 6,6% en 1960.

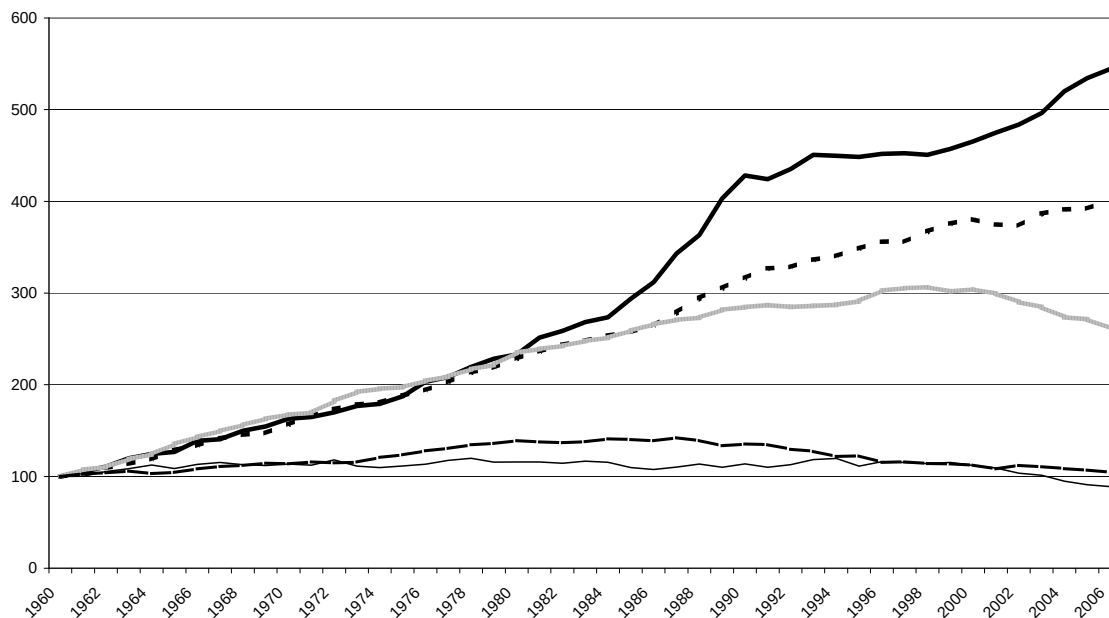
La consommation de viande n'a pas été épargnée par le phénomène, non plus que celle de poisson :

- une diminution forte caractérise l'évolution de la part de la consommation de la viande fraîche : la consommation de viande rouge est ainsi passée de 8,5 à 5,7% des consommations alimentaires en valeur, celle du porc et de la triperie de 3,3 à 2%, celle des volailles de 5,4% à 4,4% des consommations, tandis que la part de la consommation des « viandes préparées » est passée de 5,9% à 10,9% des consommations alimentaires totales.
- la part de la consommation en valeur de poissons est passée de 1,5 à 5,4% des consommations) mais essentiellement sous l'effet de la très forte progression de la vente des préparations de poisson : la consommation de poisson frais est restée quasiment stable, alors que celles des produits préparés a quadruplé depuis 1980.

Le graphique 2 suivant⁸ récapitule ces évolutions :

Graphique 2

Viande et poisson : avantage aux produits préparés



Le phénomène s'observe également sur la consommation de fruits et légumes. La part consacrée par les Français dans leur alimentation totale aux fruits et légumes a légèrement augmenté (en passant de 17,1% à 17,6%). Mais la part des produits bruts a diminué au profit des produits transformés (hors jus de fruits) comme le montre le tableau suivant :

Tableau 7 : Évolution de la consommation de fruits et légumes y compris pommes de terre entre 1960 et 2006

Poste de consommation	Consommations 1960 en M€	% dépenses totales en 1960	% dépenses totales en 2006	Consommations 2006 en M€
Pommes de terre	123	1,5%	1,1%	1 689
Légumes frais	528	6,6%	5,2%	7 764
Préparation de conserves de légumes et pommes de terre (1)	134	1,7%	2,8%	4 158
Soupes et potages (2)	23	0,3%	0,4%	618
Fruits frais	487	6,1%	5,6%	8 486
Jus de fruits et de légumes (3)	5	0,1%	1,3%	1 885
Préparations, conserves de fruits (4)	58	0,7%	1,2%	1 860
Total consommation des fruits et légumes	1 359	17,1%	17,6%	26 460
dont produits transformés (1+2+3+4)	221	2,8%	5,7%	8 521

Source : Comptes nationaux base 2000, INSEE.

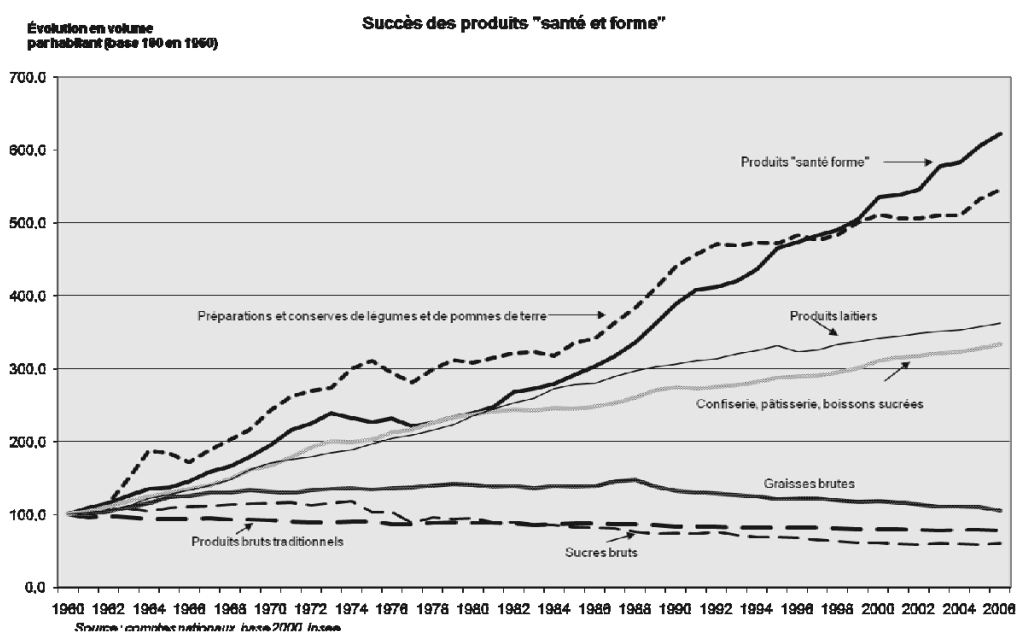
NB Dans la mesure où les préparations de conserves de légumes et de pommes de terre ne pouvaient être distinguées, la consommation des pommes de terre a été incluse dans ce tableau alors qu'elle n'est généralement pas classée sous la rubrique fruits et légumes par les nutritionnistes et notamment l'OMS

⁸ Actualisant celui d'INSEE Première.

4. L'attention à l'équilibre nutritionnel des repas devient un facteur important de choix des aliments

L'INSEE Première de mai 2002 indique également que l'attention portée à l'équilibre des repas est devenue un facteur non négligeable pour le choix des aliments, surtout depuis les années 1980. « Les comportements sont indéniablement influencés par les recommandations sanitaires et diététiques des médecins, relayés par les médias, dans le cadre de magazines de santé par exemple » selon l'INSEE. L'INSEE illustre son propos par le graphique suivant⁹, qui montre que les produits « santé et forme » connaissent un véritable succès depuis le milieu des années 1980 et que la croissance de la consommation de légumes préparés et de laitages ont été soutenues.

Graphique 3



Il convient d'observer toutefois que les produits santé forme ne représentent que 5,5% de la consommation alimentaire à domicile. Par ailleurs, si la consommation de sucres bruts a baissé, celle des confiseries, pâtisseries et boissons sucrées a cru à un rythme nettement plus rapide et a quasiment triplé en volume entre 1960 et 2006.

Il a paru intéressant d'observer l'évolution dans ce cadre des consommations par habitant des fruits et légumes sous toutes leurs formes, telles qu'elles ressortent de l'annuaire statistique de l'INSEE selon une nomenclature produit un peu différente de celles retenues pour les consommations en valeur.

La consommation de fruits a augmenté de 8% sur la période considérée, soit 5,3 kg annuel par habitant, notamment sous la forme de fruits frais. Les consommations de produits transformés (confitures et fruits en sirop, etc.) diminuent légèrement mais on note sur ce segment l'accroissement de 75% des compotes, qui comportent pour la plupart des sucres ajoutés, comme le soulignent les organisations de consommateurs.

⁹ Actualisé par l'INSEE jusqu'en 2006 pour le compte de la mission.

Tableau 8 : Évolution du nombre de kg de fruits consommé par habitant 1993/2004

Fruits en kg par habitant	Consommations 2004	Évolution en kg 2004/1993	Évolution en % 2004/1993
Agrumes	12,73	-0,96	-7,0%
Autres fruits frais	48,52	6,38	15,1%
Fruits surgelés	0,05	0,01	17,3%
Fruits à coques	1,47	0,09	6,5%
Pruneaux	0,54	0,03	5,9%
Fruits au sirop	1,58	-1,12	-41,5%
Confitures et gelées	2,06	-0,42	-16,9%
Compote de fruits	3,07	1,32	75,9%
Total fruits	70,02	5,33	8,3%
dont fruits transformés (sirops, confitures, compotes)	6,71	-0,22	-3%

Source : Annuaire statistique 2007 de l'INSEE.

La consommation de légumes par habitant hors pommes de terre, progresse, quant à elle, de 4,2% sur la même période, et de près de 4 kg par habitant .

Tableau 9 : Évolution des consommations par habitant de légumes 1993/2004

Produits (en kg par hab)	Consommations 2004	Évolution en kg/hab	Évolution en %
Pommes de terre	73,12	8,95	13,9%
Légumes frais	90,22	3,42	3,9%
Légumes surgelés	6,82	0,53	8,4%
Légumes secs	1,47	0,1	7,3%
Total	171,6	13,0	8,2%
Total hors pommes de terre	98,5	4,1	4,3.

Source : Annuaire statistique 2007 de l'INSEE.

B. L'approfondissement des données relatives à l'évolution des consommations devant être modérées selon le PNNS

1. Les boissons alcoolisées et non alcoolisées

L'évolution des consommations de boissons est caractérisée par la diminution d'un tiers de la consommation en litres d'alcool et le triplement des volumes de boissons non alcoolisées selon l'INSEE Première n° 966 de mai 2004 : « Boissons alcoolisées : 40 ans de baisse de consommation ». La répartition de la consommation en volume par habitant des boissons commercialisées¹⁰ aurait ainsi évolué entre 1960 et 2001.

¹⁰ En dehors de l'eau potable fournie au robinet qui n'est pas individualisée par les statistiques de l'INSEE et qui ne figure pas dans les consommations alimentaires recensées par celui-ci.

Tableau 10 : Consommations en litre par habitant des boissons alcoolisées et non alcoolisées

	1960	1970	1980	1990	2001
Vins, dont :	174,3	143,0	122,9	91,3	78,9
Vins de consommation courante	157,4	123,8	99,7	57,5	41,5
Vins de qualité	16,9	17,8	21,0	31,3	34,8
Champagne	n.d.	1,4	2,2	2,5	2,6
Bière	48,2	55,4	57,0	49,7	41,0
Cidre	35,9	21,1	9,7	8,1	6,9
Alcools forts	5,8	7,8	8,9	7,7	9,1
Total boissons alcoolisées par adulte de 15 ans et +	264,2	227,3	198,5	156,8	135,9
Total boissons alcoolisées par habitant	194,3	170,9	153,9	125,2	110,3
Eaux minérales et de sources	-	42,8	54,7	92,4	149,7
Boissons gazeuses	-	19,1	23,7	35,8	43,1
Jus de fruits y c. nectars	-	2,5	2,6	6,8	12,4
Total boissons non alcoolisées par habitant	-	64,4	81,0	135,0	205,2
Total boissons par habitant	-	235,3	234,9	260,2	315,5

Note : les montants en italique ont été estimés et les données des boissons non alcoolisées en 1960 sont manquantes.

Source : Comptes nationaux, base 1995, INSEE.

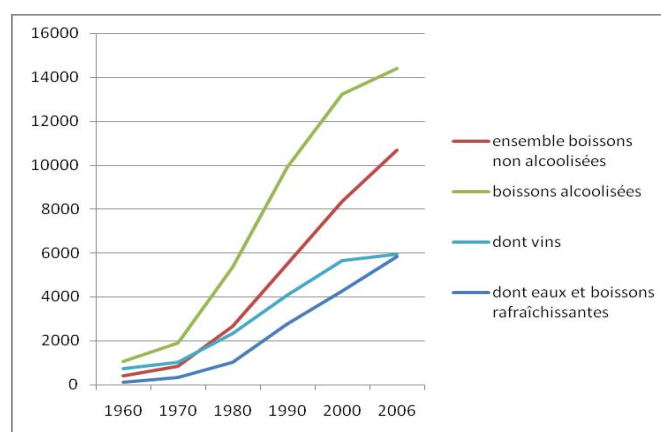
Le nombre de litres de boissons alcoolisées consommé par adulte de 15 ans et plus a baissé de moitié sur la période, ce qui correspond selon l'INSEE à une baisse d'un tiers du nombre de litres d'alcool pur consommés.

En 1970 sur 235 litres commercialisés consommés par habitant, 171 l'étaient sous une forme alcoolisée (soit 72%). En 2001 sur 315 litres consommés, le tiers seulement l'était sous cette forme.

Mais ces évolutions sont loin de se traduire entièrement par une baisse de la part des boissons alcoolisées dans la consommation alimentaire des ménages¹¹ exprimée en valeur. Les boissons alcoolisées demeurent en valeur le premier poste de consommation de l'ensemble des boissons et ont connu jusqu'en 2000 une pente très rapide de progression comme le montre le graphique suivant :

Graphique 4

Évolution en millions d'euros courants des consommations de boissons



Source : Comptes nationaux Base 2000, INSEE.

¹¹ La mission retient ici la notion de « consommation alimentaire » et non celle de l'INSEE Première qui est celle du « budget alimentaire », celui-ci incluant le tabac, les boissons et les produits alimentaires. Cette différence de périmètre explique pourquoi le tableau ci-dessus ne fait pas état de la même baisse des dépenses en valeur des boissons alcoolisées que la note d'INSEE Première qui indique que la part des dépenses des boissons alcoolisées dans le budget alimentaire des ménages (y compris le tabac) s'est fortement réduite en passant de 12,4% à 8,9% entre 1960 et 2002.

Les montants en valeur des consommations de boissons ont évolué par produits de la façon suivante :

Tableau 11 : Montant en valeur des consommations de boissons

en valeur (millions d'euros)		1960	1970	1980	1990	2000	2006
Total Boissons non alcoolisées		384	834	2 663	5 515	8 342	10 688
Café, thé et cacao		276	460	1 505	2 098	2 773	2 980
B05.L	Café et thé conditionnés	264	441	1 442	1 937	2 610	2 775
B05.O2	Autres produits alimentaires divers	12	19	63	161	163	205
Sous Total Autres boissons non alcoolisées		108	373	1 158	3 417	5 569	7 708
B03.I	Eaux et boissons rafraîchissantes	103	331	1 017	2 774	4 265	5 823
B03.I1	Eaux de table	61	175	552	1 464	2 494	3 421
B03.I2	Boissons non alcoolisées diverses	42	156	466	1 310	1 771	2 402
B05.C	Jus de fruits et de légumes	5	42	140	643	1 304	1 885
Total Boissons alcoolisées		1 046	1 894	5 336	9 928	13 222	14 406
B03.D	Vins	713	1 021	2 338	4 081	5 669	5 956
B03.G	Bières	111	257	779	1 393	1 510	1 637
Sous total autres produits alcoolisés		222	617	2 219	4 454	6 044	6 813
B03.A	Boissons alcooliques distillées	137	393	1 433	2 760	3 773	4 008
B03.E	Cidre	32	45	89	161	207	199
B03.C	Champagne et mousseux	28	108	479	1 278	1 872	2 399
B03.F	Vermouths	25	71	219	255	191	207
Pour mémoire	Consommations alimentaires totales	7961	15999	47878	100 941	125 901	150 569

Source : Comptes nationaux base 2000, INSEE hors alcools éthyliques.

Les chiffres grisés ne sont généralement pas publiés par l'INSEE qui les a communiqués à la mission.

La part en valeur des boissons non alcoolisées dans la consommation alimentaire à domicile a augmenté en 40 ans de 4,8% à 7,1%. La part en valeur des boissons alcoolisées dans la dépense alimentaire à domicile a baissé de 13,1% à 9,6% et était encore à 10,5% en 2000.

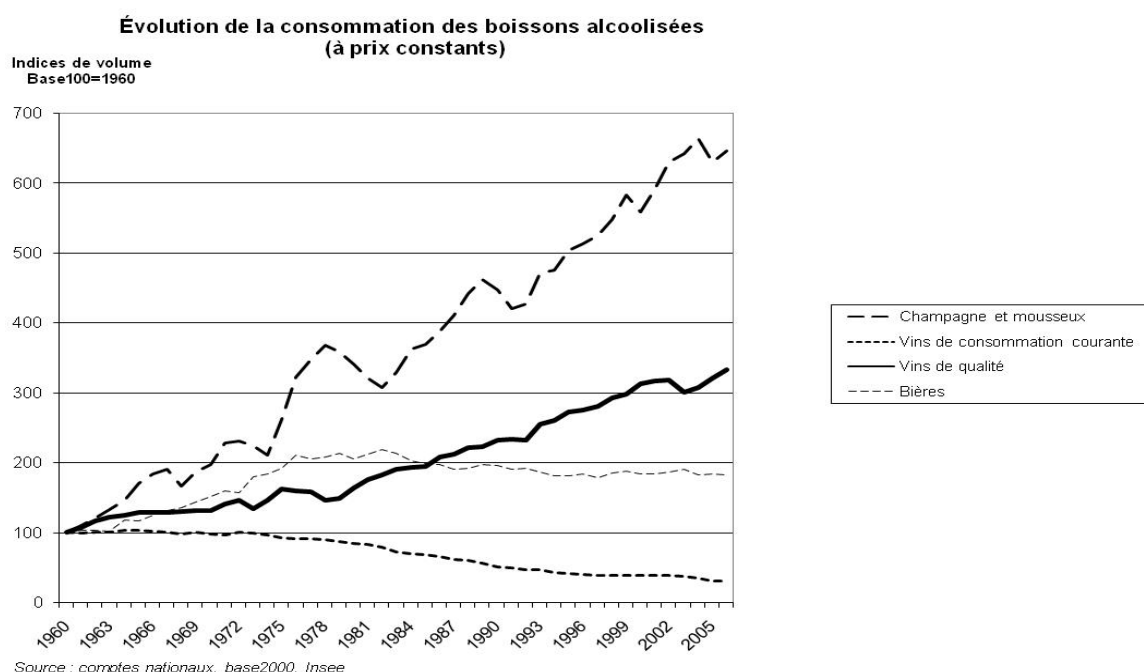
L'INSEE Première éclaire les raisons de cette situation paradoxale :

- depuis 40 ans, la consommation de vins fins a augmenté de 2,7% en moyenne à prix constants alors que celle des vins de table courants a diminué de 2,4% (cf. graphique ci-dessous) ; **entre 1960 et 2002 la hausse en valeur de la consommation en vins fins a été supérieure à la baisse de la consommation en vins de table ;**

- la consommation d'alcools forts a augmenté quant à elle de 3,4% à prix constants ; restés stables jusqu'en 1985 les prix relatifs des alcools forts par rapport aux autres boissons alcoolisées diminuent depuis. **Des évolutions en volume très significatives se sont produites sur le whisky (triplement) ainsi que sur les champagnes et les mousseux (quintuplement).** La bière voit sa part décroître mais sa teneur en alcool a augmenté : en 2001 la consommation d'alcool pur à ce titre a retrouvé le niveau qu'elle avait en 1960 souligne l'INSEE. En revanche, la consommation de cidre a été divisée par 5 et son prix est de toutes les boissons alcoolisées celui qui a le plus progressé.

Le graphique suivant fait apparaître de fait des évolutions diversifiées de la consommation en volume selon les diverses catégories de boissons alcoolisées à prix constants :

Graphique 5



2. L'évolution de la consommation des produits sucrés de 1993 à 2006

a) L'analyse d'INSEE Première de juillet 2006

L'Insee Première n° 1088 de juillet 2006 : « Quinze ans d'achats de produits sucrés : moins de sucre, davantage de produits transformés » approfondit le diagnostic sur l'évolution des consommations sucrées en prix et en volume.

Depuis quinze ans selon l'INSEE les ménages ont légèrement accru la part des produits sucrés stricto sensu¹² dans leur budget alimentaire (de 6,6% à 7,5%). Ils ont nettement diminué la consommation de sucre en morceaux ou en poudre mais augmentée celle de chocolat et de confiseries, comme le montre le tableau suivant.

¹² Telle qu'elle est définie par la fonction 0118 qui n'inclut pas les boissons sucrées, ni les biscuits sucrés et pâtisseries industrielles classés sous d'autres fonctions.

Tableau 12 : Évolution de la consommation des produits sucrés stricto sensu

	Coefficients budgétaires (en %)		Valeur 2006 (millions d'euros)
	1990	2006	
Poids dans la dépense de consommation des ménages			
des produits alimentaires et boissons non alcoolisées	15,7	13,7	136 163
des produits alimentaires seuls	14,8	12,6	125 475
des produits sucrés (fonction 0118)	1,0	1,0	10 026
Total : Produits sucrés (fonction 0118), dont :	100,0	100,0	10 026
Chocolat et confiseries	60,6	65,6	6 575
Glaces et sorbets	17,1	16,4	1 640
Conserves de fruits (1):	10,0	9,3	930
Sucre en morceaux ou en poudre	9,5	5,9	595
Miel	1,7	2,3	232
Edulcorants	1,1	0,5	54

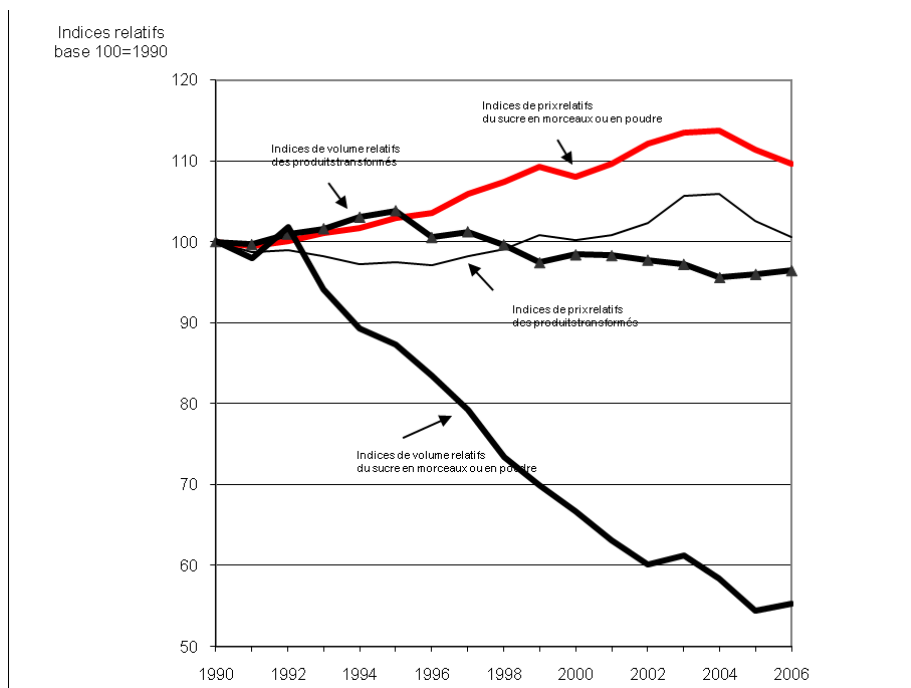
Source : Comptes nationaux, base 2000, INSEE. L'Alliance 7 et Cedus Chiffres actualisés pour la mission par l'INSEE

(1) Une moitié est comptabilisée dans la fonction 0118 (sucre, confitures, miel, chocolat et confiseries) et l'autre moitié dans la fonction 0116 (fruits).

L'INSEE fait observer que l'évolution de la répartition des consommations ne s'explique pas par un simple phénomène de prix :

- l'évolution du prix relatif du sucre en morceaux et en poudre a été certes nettement plus forte au cours de la période récente que celle des produits transformés à base de sucre (cf. graphique) ;
- mais cette évolution relative n'explique pas le fait que la consommation annuelle par habitant de sucre « brut » soit passée de 10 à 7 kg ; c'est surtout le déclin de la pâtisserie et de la confiture « maison » qui aurait fait baisser la consommation de sucre brut ;
- la consommation annuelle de confiseries de sucre est passée quant à elle de 2,7 à 3,7 kg par habitant, celle de chocolaterie de 5,4 à 7,3 kg en 15 ans, alors même que l'indice des prix de ces produits n'évolue pas à la baisse.

Graphique 6 : Indices de prix et de volume relatifs du sucre et des produits transformés



Source : Comptes nationaux, base 2000, INSEE.

L'INSEE indique que la part du budget des ménages consacrée aux produits sucrés par les Français en 2004 est inférieure à celle de la moyenne de l'UE à 25 et comparable à celle des Allemands et des Britanniques, les Néerlandais et surtout les Irlandais et les Espagnols étant beaucoup plus modérés.

Il souligne enfin que les « produits vecteurs de glucides simples » constituent un ensemble beaucoup plus large et comprennent aussi les boissons rafraîchissantes, les fruits, les jus de fruits le pain et les pâtisseries, le lait et les produits laitiers et représentaient 45,6% du budget alimentaire des ménages.

b) L'évolution des consommations physiques par habitant des produits contenant des sucres rapides sur la période 1993-2004

La mission a analysé à travers les données de l'annuaire statistique de la France de 2006 l'évolution entre 1993 et 2004 des consommations physiques par habitant des boissons apportant des glucides¹³, et des divers produits alimentaires dont la teneur en glucides rapides pouvait être élevée, sans y inclure le lait et les fromages cependant. Il ressort les constatations suivantes.

La consommation de boissons sucrées (boissons rafraîchissantes non allégées, jus de fruits et nectars) a progressé de 41% en volume sur la période et d'un peu plus de 20 litres par habitant. La consommation de boissons rafraîchissantes « light » progresse également de façon spectaculaire en évolution relative mais le nombre de litres supplémentaires par habitant ainsi consommés reste très inférieur à celui des jus de fruits et autres boissons rafraîchissantes sucrées.

Compte tenu du poids encore important des boissons alcoolisées dans la consommation de boissons riches en glucides et de la progression des boissons light, l'évolution du nombre de litres de boissons « avec apports en glucide » est plus faible (-3 litres et + 1,7% sur la période).

¹³ Y compris les boissons alcoolisées : un verre de vin apporte 70 à 80 kcal contre 35 à 45 kcal pour un verre de soda.

Tableau 13 : Évolution du nombre de litres de boisson par habitant 1993/2004

Boissons en litres par habitant	Consommation 2004	Évolution en litre 2004/1993	Évolution en % 2004/1993
Total Boissons alcoolisées	95,69	-23,14	-19,5%
Total Boissons rafraîchissantes (hors eau en bouteille)	54,12	16,21	42,8%
dont boissons sucrées	46,53	10,91	30,6%
boissons « light »	7,59	5,3	231,4%
Total jus de fruits et nectars	22,91	9,37	69,2%
Total boissons avec apports en glucides (hors boissons light et avec boissons alcoolisées)	165,1	-2,9	1,7%
Total boissons rafraîchissantes sucrées + jus de fruits	69,44	20,28	41,2%

Source : Annuaire statistique 2007 de l'INSEE.

L'évolution des consommations des autres produits alimentaires sucrés est également rapide (+ 11%) : la progression de 36% en volume des desserts lactés et de 24% des yaourts apparaît significative, ces deux postes représentant plus de la moitié des tonnages consommés et s'ajoutant aux évolutions décrites par INSEE Première sur les produits strictement sucrés.

Tableau 14 : Évolution des consommations par habitant des autres produits à sucres rapides 1993/2004

Produits alimentaires (hors fruits) en kg par habitant	2004	Évolution en kg	Évolution en %
		2004/1993	2004/1993
Yaourts	21,02	4,08	24,1%
Desserts lactés frais	9	2,4	36,4%
Sucre en morceaux ou en poudre (hors DOM)	7,27	-2,33	-24,3%
Cacao en poudre sucré	1,11	0,18	19,4%
Tablettes de chocolat (hors barres et chocolat blanc)	1,69	-0,15	-8,2%
Tablettes de chocolat blanc	0,1	0,03	42,9%
Confiserie de chocolat (y c barres)	3,25	0,78	31,6%
Pâte à tartiner au cacao	1,2	0,51	73,9%
Confiserie de sucre (hors chewing-gums et fruits confits)	3,09	0,69	28,8%
Chewing-gums	0,53	-0,07	-11,7%
Fruits confits	0,1	-0,06	-37,5%
Miel (1)	0,46	0,05	12,2%
Biscuits sucrés (hors barres céréalières)	6,61	0,19	3,0%
Pâtisseries de conservation	2,25	-0,44	-16,4%
Total des produits en kg	57,68	5,86	11,3%
Autres produits en litres par habitant			
Crèmes glacées et sorbets	6,19	0,05	0,8%

Source : Annuaire statistique 2007 de l'INSEE.

c) L'évolution par référence des produits à base de céréales et de sucres lents

La consommation de produits à base de céréales est caractérisée sur la même période par une forte baisse, essentiellement due à la consommation de pain qui en est le principal poste. Seules progressent pour un moindre volume le riz, les pâtes alimentaires et les biscuits salés et sucrés.

Tableau 15 : Évolution des consommations par habitant des produits à sucres lents 1993/2004

Nature des produits,	Consommations	Évolution 1993-2004	Évolution 1993-2004
	2004	en kg/hab	En %
Semoule de blé dur	0,8	-0,2	-20,0%
Farine de froment	3,91	-0,89	-18,5%
Riz	5,26	1,45	38,1%
Biscottes (y compris pain azyme)	1,77	-0,21	-10,6%
Biscuits salés (y compris extrudés)	0,99	0,53	115,2%
Biscuits sucrés (hors barres céréalières)	6,61	0,19	3,0%
Pâtisseries de conservation	2,25	-0,44	-16,4%
Farines adaptées à l'enfant	0,12	-0,02	-14,3%
Pâtes alimentaires	7,55	0,98	14,9%
Pain, préemballé non compris	53,69	-5,38	-9,1%
Total	82,96	-3,98	-4,6%

Source : Annuaire statistique 2007 de l'INSEE.

d) L'évolution de la consommation en valeur de ces produits

Il ressort du tableau ci-après que **la consommation alimentaire globale des ménages a progressé en euros courants de 35,8% sur la période 1993-2004, tandis que la consommation des produits sucrés évoluait quant à elle de :**

- **50% sur un périmètre excluant l'alcool et les fruits** : la cause essentielle en est que les consommations en euros courants des boissons sucrées et des jus de fruit ont progressé sur la période respectivement de 68 et 76%, la tendance se poursuivant encore dans les années 2004 à 2006 ;
- **44% sur un périmètre incluant à la fois l'alcool et les fruits**, la progression modérée des achats d'alcool (+28% sur la période) compensant la progression nettement plus vigoureuse des fruits (+ 60,5%) et des autres produits ;
- 41,5% quand on exclut les fruits, tout en gardant l'alcool, dont le poids et l'évolution relative pèsent davantage sur ce périmètre plus restreint.

Tableau 16 : Consommations en valeur des produits contenant des sucres rapides 1993-2004-2006

Code	Produits (consommations en Millions €)	1993	2004	2006	Variation 1993 2004	Variation 2004-2006
A01.O	Fruits	5 190	8 332	8 486	60,55%	1,85%
A01.Y11	Miel	104	195	225	86,90%	15,1%
B02.B	Yaourts et desserts lactés frais	2 518	3 797	3 977	50,78%	4,8%
B02.F	Glaces et sorbets	1 084	1 551	1 640	43,13%	5,8%
non publié	Boissons rafraîchissantes (hors eaux de table)	1 364	2 289	2 402	67,85%	4,9%
B03 -B03.1	Boissons (hors eaux et boissons rafraîchissantes)	11197	14306	14428	27,8%	0,9%
B05.C	Jus de fruits et de légumes	912	1 610	1 885	76,48%	17,1%
B05.D	Préparations, conserves de fruits	1 226	1 815	1 860	47,99%	2,5%
B05.G2	Pâtisserie	3 284	4 593	4 778	39,88%	4,0%
B05.H	Biscuits, biscottes, pâtisserie de conservation	2 863	4 209	4 299	47,02%	2,1%
B05.I	Sucre	591	603	595	2,08%	-1,3%
B05.J	Chocolat et confiserie	4 070	6 345	6 575	55,89%	3,6%
Total 1 Produits sucrés avec alcools et fruits		34403	49645	51150	44,3%	3,0%
Total 2 = Total 1 hors fruits		29213	41313	42664	41,4%	3,3%
Total 3 = Total 1 hors alcool et fruits		18 017	27 008	28 236	49,91%	4,6%
Total consommations alimentaires des ménages		106688	144 918	150 569	35,83%	3,9%
Part représentée par le total 3 dans les cons. alimentaires		16,9%	18,6%	18,8%		
Part représentée par le total 1 dans les cons. alimentaires		32,2%	34,2%	34,0%		

Source : Comptes nationaux, base 2000, Insee Données en Mds€.

La part relative des consommations de produits à prédominance sucrée (hors fruits et alcools) représente selon ce périmètre en 2006 18,8% des consommations alimentaires totales et a augmenté d'1,9 point depuis 1993¹⁴. Elle est de 34% avec les fruits et l'alcool et a augmenté sur ce périmètre plus large d'1,8 point sur la même période.

3. L'évolution de la consommation des produits riches en lipides de 1993 à 2006

Le champ de l'analyse a été limité aux catégories de produits contribuant le plus à l'apport en lipides de la population, à savoir les produits laitiers, les matières grasses végétales et animales, les viandes et charcuteries, les plats cuisinés, les produits sucrés contenant des lipides.

a) L'évolution des consommations en volume par habitant

Les données statistiques de l'INSEE sur les consommations physiques par produits et par habitant ne permettent pas d'appréhender avec un très grand détail tous les produits ayant un apport lipidique. Il manque dans ces séries notamment des informations détaillées sur les quantités de viennoiseries et pâtisseries fraîches consommées. L'approche globale en quantités physiques ainsi menée est donc relativement sommaire mais illustre néanmoins des changements importants de comportements alimentaires.

¹⁴ La différence significative d'avec les chiffres cités par INSEE Première vient de ce que la mission n'a pas inclus les produits à base de céréales ni l'ensemble des produits laitiers dans le périmètre considéré.

La consommation de produits laitiers hors laits liquides par habitant s'est accrue de 10,6 kg en 11 ans, soit une progression en volume de 21% : la progression des quantités de desserts lactés, fromages frais et crème fraîche a largement compensé la diminution sensible des quantités de laits liquides sur la période considérée (7 litres par habitant) ; le maintien de la consommation de fromages témoigne de la force des coutumes gastronomiques françaises, ce produit riche en lipides n'ayant pas connu la désaffection des autres produits très gras.

Tableau 17 : Consommation physique de produits laitiers par habitant 1993-2004

Produits laitiers	Unités	1993	2004	Évolution en kg 1993-2004	Évolution en % 1993-2004
Laits liquides	litre	65,63	58,66	-6,97	-10,6%
Crème fraîche	kg	3,49	5,23	1,74	49,9%
Yaourts	"	16,94	21,02	4,08	24,1%
Desserts lactés frais	"	6,6	9	2,40	36,4%
Fromages frais	"	6,42	8,34	1,92	29,9%
Fromages	"	17,25	17,8	0,55	3,2%
Total produits laitiers hors laits liquides	"	50,7	61,39	10,69	21,1%

Source : Annuaire statistique INSEE 2007.

La consommation de graisses brutes d'origine animale ou végétale a en revanche baissée de -10,3%, conformément à la tendance lourde signalée plus haut :

Tableau 18 : Consommation physique de graisses brutes par habitant 1993-2004

Huiles et graisses en kg	1993	2004	Evolution en kg 1993-2004	Evolution en % 1993-2004
Beurre	7,53	6,77	-0,76	-10,1%
Huile	10,7	9,63	-1,07	-10,0%
Margarine	2,01	1,75	-0,26	-12,9%
Total	20,24	18,15	-2,09	-10,3%

Source : Annuaire statistique INSEE 2007.

La consommation totale de viande et charcuteries a diminué de 4% sur la période considérée mais un déplacement très important des consommations à l'intérieur de ce poste s'est produit au profit des charcuteries (autres que le jambon) et des conserves de viandes plus riches en lipides saturés que la viande fraîche (+ 16,8%).

Tableau 19 : Consommation physique de viande par habitant 1993-2004

Viandes en kg	1993	2004	Évolution en kg 2004/1993	Évolution en % 2004/1993
Porc	9,84	10,13	0,29	2,9%
Jambon	5,21	5,09	-0,12	-2,3%
Autres charcuteries et conserves de viande	14,72	17,2	2,48	16,8%
Triperie	3,99	2,94	-1,05	-26,3%
Boeuf	16,89	14,65	-2,24	-13,3%
Veau	4,17	3,83	-0,34	-8,1%
Mouton, agneau	3,54	2,88	-0,66	-18,6%
Cheval	0,58	0,26	-0,32	-55,2%
Volailles	21,71	20,87	-0,84	-3,9%
Lapin, gibier	4,25	3,65	-0,60	-14,1%
Total Viandes et charcuteries	84,91	81,5	-3,41	-4,0%
dont produits à base de porc et conserves de viande	29,77	32,42	2,65	8,9%

Source : Annuaire statistique INSEE 2007.

La consommation de produits sucrés, riches en lipides divers, et notamment de produits chocolatés a contribué enfin à l'accroissement des « graisses cachées » consommées par les Français en progressant de 7,3% sur la période considérée.

Tableau 20 : Consommation physique de produits sucrés riches en lipides par habitant 1993-2004

Produits sucrés	1993	2004	Evolution en kg 1993-2004	Evolution en % 1993-2004
Biscuits sucrés (hors barres céréalières)	6,42	6,61	0,19	2,0%
Pâtisseries de conservation	2,69	2,25	-0,44	-16,4%
Cacao en poudre sucré	0,93	1,11	0,18	19,3%
Tablettes de chocolat (hors barres et chocolat blanc)	1,84	1,69	-0,15	-8,1%
Tablettes de chocolat blanc	0,07	0,1	0,03	42,9%
Confiserie de chocolat (y c barres)	2,47	3,25	0,78	31,6%
Pâte à tartiner au cacao	0,69	1,2	0,51	73,9%
Total produits sucrés riches en lipides en kg	15,11	16,21	1,10	7,3%
Pour mémoire Crèmes glacées et sorbets (en litres)	6,19	6,24	0,05	0,8%

Source : Annuaire statistique INSEE 2006.

b) L'évolution des consommations en valeur

Lorsque l'on totalise selon la nomenclature des produits de l'INSEE les consommations en valeur correspondant aux différentes branches produisant ces biens¹⁵, on constate, qu'en dehors des produits sucrés et des condiments, la hausse en valeur des consommations de ces produits a été nettement inférieure à celle de la consommation alimentaire totale sur la période

Tableau 21 : Consommation en valeur des produits vecteurs de lipides (1993 à 2006)

Code	Produit	1993	2004	2006	Évolution 1993 2004	Évolution 2004 2006
B01	Industrie des viandes	27 497	34 880	36 024	26,8%	3,3%
B02	Industrie du lait	15 262	20 087	20 601	31,6%	2,6%
B05.F	Huiles raffinées et margarine	1323	1677	1729	26,7%	3,1%
B05.J	Chocolat et confiserie	4070	6345	6575	55,9%	3,6%
B05.G2	Pâtisserie	3284	4593	4778	39,9%	4,0%
B05.H	Biscuits, biscottes, pâtisserie de conservation	2863	4209	4299	47,0%	2,1%
B05.M	Condiments et assaisonnements	870	1410	1467	62,1%	4,0%
	Total général	55 169	73 201	75 473	32,7%	3,1%
	Total hors viandes	27 672	38 321	39 449	38,5%	2,9%
<i>Pour mémoire</i>	<i>Consommation alimentaire totale</i>	<i>106 704</i>	<i>144 932</i>	<i>150 591</i>	<i>35,8%</i>	<i>3,9%</i>

Source : INSEE Comptes nationaux Base 2000.

L'ensemble de ces produits qui représentaient 51,7% des consommations alimentaires totales en valeur n'en représentent plus que 50,1% aujourd'hui. L'exclusion du poste viandes ne change pas grand-chose aux évolutions constatées. **On peut penser que l'évolution des prix des industries laitières (moitié plus faible que celle des autres produits alimentaires) est une raison majeure de cette évolution.**

En dehors des produits sucrés et des condiments, seules quatre catégories de produits connaissent sur la période 1993-2004 une progression en valeur supérieure à la consommation alimentaire dans son ensemble : la crème de lait (+ 56%), les yaourts et desserts lactés (+ 51%), les glaces (+43%) et les préparations à base de viande (+49%).

4. L'évolution de la consommation des produits apportant du sel

Les nutritionnistes s'accordent à considérer qu'une consommation de l'ordre de 6 à 8 grammes de sel par jour¹⁶ est un maximum à ne pas dépasser et soulignent fréquemment que 80% des apports en sel quotidien proviennent de la consommation de plats transformés.

La mission a restreint son champ d'examen aux produits dont l'apport en sel est manifeste, tels que le pain, les biscuits salés, les conserves de légumes, de viandes ou de poisson ou encore les charcuteries et les fromages.

¹⁵ Selon un périmètre qui ne recouvre pas exactement le précédent et est plus large en incluant les condiments et assaisonnements.

¹⁶ La recommandation du PNNS est de 8 grammes par jour mais au Royaume Uni, en Allemagne ou en Belgique, elle n'est que de 6 grammes.

a) L'évolution des consommations en volume

Le rôle du pain dans les apports en sel est souvent souligné. De fait, le volume de sa consommation est important (près de 54 kg par an et par habitant hors pain préemballé en 2004, soit 41,8% des volumes totaux recensés) mais ce volume est en baisse de 9% sur la période considérée, baisse qui s'ajoute aux efforts fait par la profession en lien avec les pouvoirs publics pour diminuer progressivement la teneur en sel du pain et qui a donc contribué à une baisse de la consommation globale de sel.

Le tableau suivant montre que **le volume des autres produits à forte teneur en sel a en revanche augmenté de 8% entre 1993 et 2004, notamment sous l'effet de la progression de 17% des charcuteries autres que le jambon et des conserves de viandes**. Le doublement en onze ans de la consommation de biscuits salés est également frappant, même s'il ne porte que sur des quantités marginales (530 grammes).

Au total, la consommation estimée en kg par habitant sur le périmètre d'examen pris en compte¹⁷ reste stable, mais la teneur en sel pour 100 grammes des produits autres que le pain pouvant être plus élevée que celle du pain en moyenne, il ne peut être exclu que la consommation en sel par l'intermédiaire de ces produits de certaines catégories de population ait augmenté, dans des proportions qui n'ont pu néanmoins être déterminées par la mission sur la base des seules données économiques¹⁸.

Tableau 22 : Consommation en kg par habitant de produits salés 1993-2004

Produits (kg par habitant)	1993	2004	Évolution en kg	Évolution en %
Biscottes (y compris pain azyme)	1,98	1,77	-0,21	-10,6%
Biscuits salés (y compris extrudés)	0,46	0,99	0,53	115,2%
Pain, préemballé non compris	59,07	53,69	-5,38	-9,1%
Conserves de légumes	24	26,03	2,03	8,5%
Jambon	5,21	5,09	-0,12	-2,3%
Autres charcuteries et conserves de viande	14,72	17,2	2,48	16,8%
Conserves de poisson	5,43	5,74	0,31	5,7%
Fromages	17,25	17,8	0,55	3,2%
Total	128,12	128,31	0,19	0,2%
Total hors pain	69,05	74,62	5,57	8,1%

Source : annuaire statistique INSEE 2007.

¹⁷ Qui reste très incomplet et n'inclue notamment pas l'évolution des consommations de condiments, plats en sauce, etc..

¹⁸ On se reportera au bilan dressé par l'AFSSA en décembre 2007 pour des informations plus précises sur l'évolution de l'ajout de sel suite à la concertation engagée par les pouvoirs publics avec la profession. Ces informations font état d'une baisse du sel ajouté dans les produits commercialisés.

b) L'évolution des consommations en valeur

Une fois encore, le périmètre d'appréhension des consommations en valeur ne correspond pas strictement aux produits physiques dont l'évolution est décrite au paragraphe précédent. Il ressort néanmoins de l'exploitation des données en valeur par produits (cf. tableau page suivante) les constatations suivantes :

- la consommation de sel alimentaire brut est tout à fait marginale en valeur (0,28%) dans la consommation de produits salés ; elle est, comme les autres produits bruts en décroissance sur la période par rapport à l'ensemble des consommations alimentaires ;
- la part de la consommation de pain ne représente que 15,3% en valeur des consommations salées considérées en 2006 (contre 41,8% en volume), alors qu'elle représentait en 1993 17,2% des consommations ;
- Quatre postes connaissent en revanche une progression en valeur nettement supérieure à la croissance de la consommation alimentaire totale sur la période : les préparations à base de viande, les poissons et produits de la mer préparés, les condiments et assaisonnements et les soupes et potages.

Tableau 23 : Consommations en valeur des produits à contenu élevé en sel 1993-2004-2006

Code	Désignation du poste	1993	2004	2006	Évolution 1993-2004	Évolution 2004-2006
B01.C	Préparations à base de viande	9 533	14 194	14 844	48,9%	4,6%
B02.D	Fromages	7 270	9 612	9 825	32,2%	2,2%
B05.A	Poissons et produits de la mer préparés	4 414	6 755	7 363	53,0%	9,0%
B05.B	Conserves de légumes	3 095	3 922	4 158	26,7%	6,0%
B05.G1	Pain	5 340	6 635	6 930	24,2%	4,4%
B05.M	Condiments et assaisonnements	870	1 410	1 467	62,1%	4,0%
B05.O1	Soupes et potages	377	570	618	50,9%	8,6%
F12.G1	Sel alimentaire	110	135	128	23,2%	-5,0%
	Total consommations en valeur	31 008	43 233	45 334	39,4%	4,9%
	Total consommations en valeur hors pain	25 668	36 598	38 404	42,6%	4,9%
<i>pour mémoire</i>	<i>Consommation alimentaire totale</i>	<i>106704</i>	<i>144932</i>	<i>150591</i>	<i>35,8%</i>	<i>3,9%</i>

Source : Comptes nationaux Base 2000 INSEE.

Ces diverses évolutions ont pour résultante **un accroissement plus rapide de la consommation des produits salés identifiés que la consommation alimentaire totale de 1993 à 2004, la tendance se poursuivant nettement sur la période 2004-2006.**

En conséquence la part en valeur des consommations de produits salés dans la consommation alimentaire totale s'établit à 30,1% en 2006 et a augmenté d'1 point depuis 1993 (1,45 point pour les produits autres que le pain).

Tableau 24 : Évolution de la part des produits salés dans la consommation des produits alimentaires

	1993	2004	2006	Variation 1993-2006
% produits salés/Consommation alimentaire totale	29,1%	29,8%	30,1%	1,0%
% produits salés hors pain/Consommation alimentaire totale	24,1%	25,2%	25,5%	1,4%

Source : Calculs de la mission à partir des données ci-dessus.

5. Les évolutions de consommation par habitant les plus fortes à la hausse et à la baisse entre 1993 et 2004

Les postes alimentaires dont la consommation en volume par habitant a le plus évolué au cours de la période 1993 à 2004 ($\geq 20\%$) sont les suivants.

Tableau 25 : Les évolutions à la hausse les plus importantes ($\geq 20\%$) sur la période 1993-2004

	Produits	Unités	1993	2004	Unité par habitant Variation base 100 en 1993
Boissons	Boissons rafraîchissantes	litre	37,91	54,12	143
	<i>Dont boissons sucrées</i>	litre	35,62	46,53	131
	<i>Dont boissons light</i>	litre	2,29	7,59	332
	Eaux minérales et de source	litre	93,07	168,64	181
	Jus de fruits, y compris nectars	litre	13,54	22,91	169
Aliments Solides	Biscuits salés (y compris extrudés)	kg	0,46	0,99	215
	Compote de fruits	kg	1,75	3,07	176
	Pâte à tartiner au cacao	kg	0,69	1,20	173
	Crème fraîche	kg	3,49	5,23	150
	Riz	kg	3,81	5,26	138
	Desserts lactés frais	kg	6,60	9,00	136
	Confiserie de chocolat (y c barres)	kg	2,47	3,25	131
	Fromages frais ¹⁹	kg	6,42	8,34	130
	Confiserie de sucre (hors chewing-gums et fruits confits)	kg	2,40	3,09	129
	Poissons et crustacés surgelés	kg	4,14	5,19	125
	Yaourts	kg	16,94	21,02	124

Source : Annuaire statistique de l'INSEE 2007.

De nombreux produits trop salés, trop sucrés ou trop gras figurent dans cette liste. Mais y figurent aussi des produits, dont l'augmentation de consommation est recommandée par le PNNS.

¹⁹ Produits faisant l'objet d'une autoconsommation.

Les postes alimentaires dont la consommation exprimée en volumes physiques a le plus baissé ($\geq 10\%$) sur la période 1993-2004 sont les suivants :

Tableau 26 : Les évolutions à la baisse les plus importantes ($\geq 10\%$) sur la période 1993-2004 en unité par habitant

	Produits	Unités	1993	2004	Évolution Base 100 en 1993
Boissons	Laits liquides (1)	litre	65,63	58,66	89
	Bière	litre	38,28	32,53	85
	Vins courants (1)	litre	40,59	26,76	66
	Cidre (1)	litre	5,96	3,53	59
Aliments	Beurre (1)	kg	7,53	6,77	90
solides	Biscottes (y compris pain azyme)	kg	1,98	1,77	89
	Chewing-gums	kg	0,6	0,53	88
	Margarine	kg	2,01	1,75	87
	Farines adaptées à l'enfant	kg	0,14	0,12	87
	Bœuf	kg	16,89	14,65	87
	Lapin, gibier (1)	kg	4,25	3,65	86
	Pâtisseries de conservation	kg	2,69	2,25	84
	Confitures et gelées	kg	2,48	2,06	83
	Farine de froment	kg	4,8	3,91	82
	Mouton, agneau	kg	3,54	2,88	81
	Café (statistiques douanières)	kg	4,63	3,75	81
	Poissons, crustacés, coquillages (poids après la pêche, vendu aux ménages) (1)	kg	14,92	12,06	81
	Semoule de blé dur	kg	1	0,8	80
	Sucre (2)	kg	9,6	7,27	76
	Triperie	kg	3,99	2,94	74
	Fruits confits	kg	0,16	0,1	65
	Fruits au sirop	kg	2,7	1,58	59
	Vins doux naturels et autres vins de liqueur (1)	litre	1,44	0,74	51
	Cheval	kg	0,58	0,26	45

(1) Produits faisant l'objet d'une autoconsommation.

(2) Hors consommation DOM.

Source : Annuaire statistique l'INSEE 2006.

On observe que figurent dans cette liste des produits riches en lipides (comme le beurre et la margarine), des produits riches en glucides rapides (comme le sucre, les confitures, les fruits confits et les fruits au sirop) ou en acides trans (comme les pâtisseries de conservation) ou encore en alcool (comme le vin courant et le cidre).

III. L'EVOLUTION DES CONSOMMATIONS HORS DOMICILE

L'analyse concernera dans un premier temps les services de restauration proprement dits, tels qu'ils apparaissent d'une part à travers les codes d'activité 55-3A et 55-3 B de la NAF de l'INSEE pour la restauration commerciale (hors les débits de boisson et cafés tabacs qui sont deux sous secteurs différents) et d'autre part sous les codes 55 5A et C pour la restauration collective (hors restauration gérées en régie par les administrations publiques).

Elle fera dans un deuxième temps état des informations glanées par la mission sur le snacking.

A. Les données INSEE

1. Données générales sur la restauration commerciale

Selon la dernière enquête annuelle d'entreprises de l'INSEE, les restaurations traditionnelle et rapide ont réalisé en 2006 un chiffre d'affaire de 30,8 Mds€, dont 31% pour la restauration rapide. Elles employaient 481 000 personnes, dont 23% seulement dans la restauration rapide.

Tableau 27 : Chiffre d'affaires de la restauration en 2006

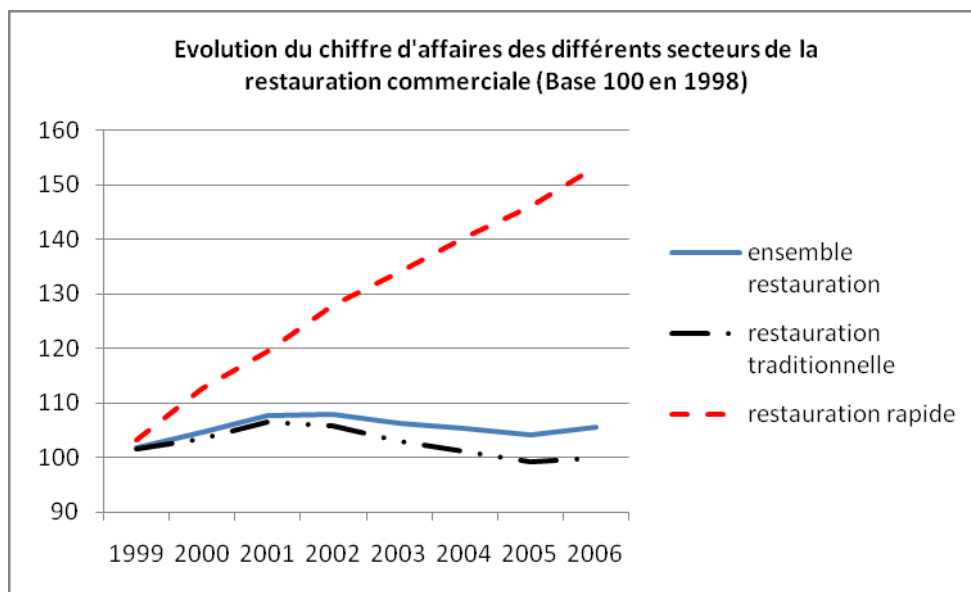
NAF		Nombre d'entreprises	Chiffre d'affaires	Effectif total en ETP	Effectif salarié en ETP
553A	Restauration à table	80 451	20 958	333 816	267 712
	Restauration en libre service	1 386	1 675	23 157	22 048
	Restauration ferroviaire	1 851	707	11 714	10 047
	Autre restauration traditionnelle	400	62	813	507
	Total restauration traditionnelle	84 088	23 402	369 499	300 313
553B	Restauration rapide avec conditionnement jetable	26 955	7 218	108 787	90 012
	Salons de thé glaciers	1 101	167	2 772	1 824
	Autre restauration rapide	77	12	197	89
	Total restauration rapide	28 133	7 397	111 756	91 925
553A+B	Ensemble restauration	112 221	30 799	481 255	392 239

Source : INSEE Enquête annuelle d'entreprise Exercice 2006.

L'examen de l'évolution du chiffre d'affaires de la restauration traditionnelle et de la restauration rapide montre l'ampleur de la transformation de l'activité du secteur depuis quelques années : **entre 1998 et 2006, le chiffre d'affaires de la restauration rapide a progressé de 53,4%, tandis que celui de l'ensemble du secteur ne progressait que de 5,6% et celui de la restauration traditionnelle a stagné en euros courants.**

D'un point de vue légal, la restauration rapide se distingue de la restauration traditionnelle par deux caractéristiques : l'absence de service à la table et l'utilisation de vaisselles d'emballages jetables (à la différence des cafétérias). La distinction principale n'est donc pas le temps du repas mais le type de matériel utilisé.

Graphique 7



Source : INSEE.

Les prix de la restauration dans leur ensemble ont progressé de près de 22% entre 1998 et 2006, soit bien plus rapidement que l'inflation générale (+14,2%).

La progression des prix de la restauration rapide a été encore plus rapide (+27,6%) et s'est cumulée avec une évolution en volume très forte (+25,8%).

Les données de l'enquête budget des familles font apparaître que la consommation de restauration est très différenciée sur le territoire et particulièrement élevée en Région parisienne.

Tableau 28 : Poids des consommations extérieures selon les caractéristiques des agglomérations en 2006

Catégorie de commune	Dépense alimentaire annuelle moyenne par ménage en euros	Dépense en repas pris à l'extérieur par an	Part des repas pris à l'extérieur dans le budget (en %)
Communes rurales	5 367,0	1 099,1	20,5
Unités urbaines de moins de 20 000 habitants	5 448,1	1 154,2	21,2
Unités urbaines de 20 000 à 100 000 habitants	4 884,3	989,0	20,2
Unités urbaines de 100 000 habitants et plus sauf UU Paris	5 160,7	1 245,4	24,1
Agglomération parisienne hors Paris	6 376,2	1 740,5	27,3
Ville de Paris	6 594,4	2 312,5	35,1
Ensemble	5 424,7	1 261,2	23,2

Source : INSEE budget de famille 2006.

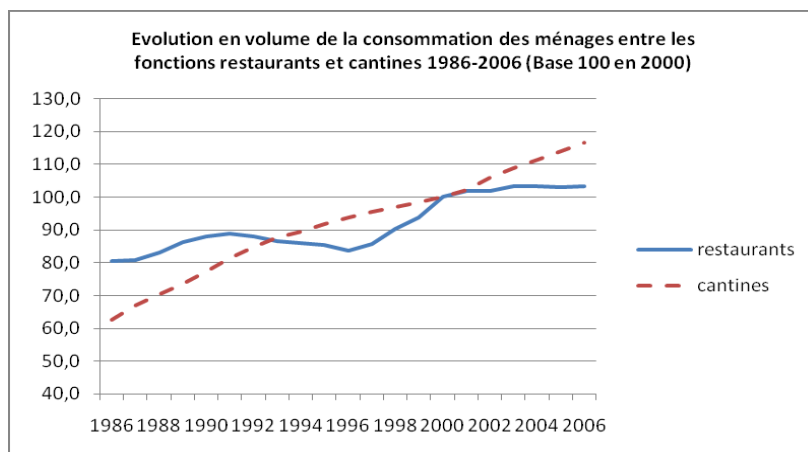
2. La restauration collective

D'après la nomenclature par fonctions de l'INSEE, le volume des consommations totales de restauration était de 48,15 Mds€ en 2006, celui des cantines d'entreprises et de la restauration sous contrat de 11,42 Mds€, soit 23,7% de l'ensemble.

Une partie de cette activité de restauration collective est assurée en gestion directe par les collectivités publiques étatiques ou locales et les entreprises, l'autre fait l'objet d'une gestion concédée à des entreprises spécialisées. La progression du chiffre d'affaires des sociétés de restauration collective au cours des 20 dernières années s'explique par le fait qu'un certain nombre d'entreprises et d'administrations ont souhaité abandonner la gestion directe.

La restauration collective a connu une croissance en volume soutenue depuis vingt ans par rapport à celle de la restauration dans son ensemble (y compris les cafés), selon l'analyse par fonction de la consommation des ménages de l'INSEE, comme le montre le graphique suivant.

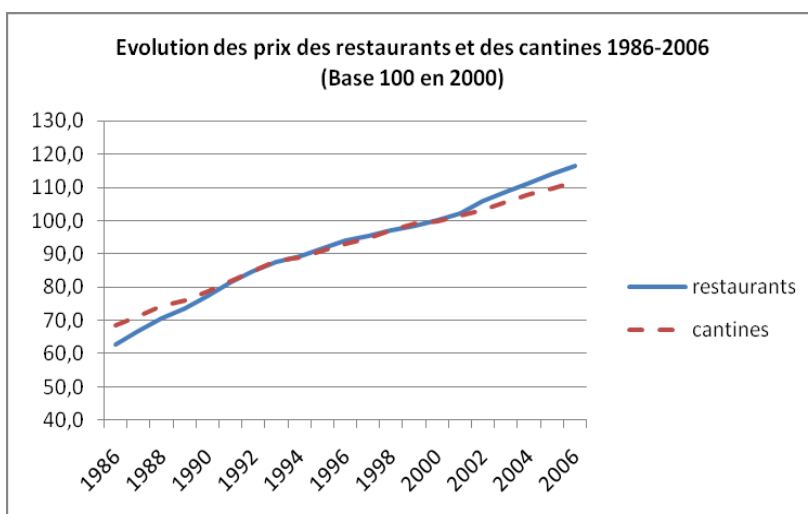
Graphique 8



Source : INSEE Consommation des ménages par fonction.

L'évolution en prix des deux fonctions a été beaucoup plus similaire, la progression en prix de la restauration dans son ensemble ayant néanmoins été plus forte au cours de la période récente que celle des cantines.

Graphique 9



Source : INSEE Consommation des ménages par fonction.

En 2004, selon l'INSEE²⁰, la restauration collective concédée a réalisé un chiffre d'affaires de 7 milliards d'euros et employé près de 100 000 personnes.

- 1,3 Mds€ sont réalisés par 3 132 traiteurs et organisateurs de réception, occupant 14 240 personnes ;
- 3,6 Mds€ sont réalisés par 195 entreprises (occupant 55 900 personnes) réalisant des prestations sous contrat pour compte de tiers ; ce segment de marché est très concentré, une quarantaine d'entreprises réalise 95% du chiffre d'affaires ;
- 1,9 Md€ sont réalisés par 454 entreprises (occupant 29 400 personnes) gérant des cantines et restaurants d'entreprises concédés.

L'INSEE estime à 4 milliards de repas par an, soit en moyenne 11 millions de repas par jour, les repas servis par le secteur restauration collective (hors traiteurs et organisation de réceptions).

La progression du chiffre d'affaires des sociétés de restauration collective au cours des 20 dernières années s'explique par le fait qu'un certain nombre d'entreprises et d'administrations ont souhaité abandonner la gestion directe.

Selon la Fédération européenne de la restauration collective²¹ le taux de concession en 2005 de l'activité restauration collective serait de 60% pour les administrations et entreprises, 20% dans l'enseignement et 15% seulement dans le secteur sanitaire et social.

Le secteur et notamment ses trois majors (Sodexo, Elio et Compass group) pourrait voir continuer la croissance du chiffre d'affaires, qui a été constamment soutenue depuis 2000 (+14,9% en volume, + 29,2% en valeur). Avec le vieillissement de la population et la restructuration des hôpitaux les perspectives de concession par le facility management pourraient devenir importantes.

B. Les données professionnelles sur les consommations hors domicile et le snacking

1. Données sur la restauration rapide ²²

D'après une enquête publiée dans Néorestauration en mars 2007 portant sur les trente premières enseignes françaises, ayant réalisé en 2006 5 Mds€ de chiffre d'affaires, **le plus important segment de la restauration rapide est celui du hamburger sur lequel 70% du chiffre d'affaires de ces grandes enseignes a été réalisé (soit 3,4 Mds€)**. La concentration y est très forte et le secteur est dominé par des chaînes d'origine étrangère (Mac Donald's, Quick et KFC). Plus de 50% de la clientèle de ce segment a moins de 30 ans²³.

Le segment de la sandwicherie-viennoiserie représente 31% de ce chiffre d'affaires (1,5 Mds€) et apparaît plus atomisé et dominé par des entreprises françaises (Pomme de pain, La Brioche dorée, le Fournil de Pierre, etc.). Sa croissance de 2005 à 2006 a été plus forte que celle des « fast foods » (+ 13,6% contre 11,8%).

²⁰ Source : INSEE Les services en France. Services aux particuliers et activités immobilières (Edition 2006) sur la base de l'enquête annuelle d'entreprise de 2004.

²¹ Citée in Xerfi La restauration collective Août 2007.

²² Source entre autres : étude Xerfi de juin 2007 sur la restauration rapide.

²³ Source Syndicat national de l'alimentation et de la restauration rapide.

Selon une étude de Gira Food service de 2008, il s'est vendu 1,2 milliard de sandwiches en France en 2007 pour un chiffre d'affaires de 3,8 Mds€. Le prix moyen du sandwich est de 3 € mais les écarts d'un lieu de vente à l'autre sont extrêmement importants : le hard discount les propose à 1,3 € mais dans les aéroports le prix peut s'envoler au-dessus de 5 €.

Les Français mangent 20 sandwiches par an, contre 12 pizzas et 11 hamburgers. La progression des ventes de sandwiches (+ 30%) au cours des 5 dernières années est sans commune mesure avec celles des pizzas (+ 10%) et des hamburgers (+13%). L'élaboration des sandwiches a nécessité l'utilisation de quelques 100 000 tonnes de pain.

*Citée dans le supplément des Échos du 25 mars 2008

Les données publiées par les 5 plus grandes enseignes sur leur chiffre d'affaires en 2006 sont les suivantes :

Tableau 29 : Le chiffre d'affaires des 5 plus grandes entreprises de restauration rapide:

Entreprise	Enseignes	CA 2006 en millions d'euros HT hors restauration livrée	Progression 2006/2005
Mc Donald's France ²⁴	Mac Donald	2 700	12,5%
France Quick	Quick	654	6,3%
Groupe Holder (hors Ladurée)	Paul Saint Preux	315	12,4%
Elior Restauration rapide	Pomme de pain ; Paul, Café route, etc.	234	12,6%
Le Duff	La Brioché Dorée, le Fournil de Pierre, Caffé del Arte ; Pizza del Arte	213	22,4%

Source : Recherches Internet

A côté de ces grandes enseignes, un grand nombre de TPE se sont portées sur ce segment d'après l'enquête entreprises de l'INSEE mais la progression en valeur de leur activité a été bien moindre que celle de l'ensemble de la restauration, compte tenu de leur faible capacité à augmenter leurs prix de vente comme l'ont fait les grandes enseignes.

2. La porosité des frontières entre les différentes formes de restauration et les achats de produits de snacking dans le commerce alimentaire à domicile reste mal appréhendée

Selon les Dr Cohen et Serog²⁵, la définition généralement admise du snacking est la suivante : « il s'agit d'un produit qui ne nécessite pas d'être consommé à une table et qui peut être pris en dehors des repas réguliers comme à leur place. Le lieu peut être la rue, d'où le nom de « street food » donné dans les pays anglo-saxons. » Le snacking inclut selon eux les produits de grignotage, mais aussi les sandwiches, les salades, les produits laitiers, les hamburgers, les pizzas, les kebabs, les sushis, etc....

²⁴ Le chiffre d'affaires consolidé de Mac Donald's dans le monde est de 17 351 M€ et a augmenté de 50% entre 2000 et 2006. **Le chiffre d'affaires de Mac Donald's France représentait en 2006 15,5% de ce chiffre d'affaires mondial.**

²⁵ In leur livre récent « Savoir manger, le guide des aliments 2008-2009 » (Flammarion mars 2008), dont un chapitre entier est consacré à la valeur nutritionnelle des produits de snacking.

Selon des sources professionnelles²⁶ la restauration hors foyer au sens le plus large servirait chaque année près de 9 milliards de repas, soit 24,6 millions de repas par jour, nombre progressant régulièrement du fait du développement du « snacking » dans l'hexagone :

- ces repas seraient servis à hauteur de 50% par la restauration commerciale stricto sensu et 22% par la restauration collective. Les cafés bars représenteraient 9% de part de marché, la restauration hôtelière 6%, la distribution automatique 1% ;
- un segment important de ce marché (12%) est par ailleurs constitué par ce que l'étude désigne comme « circuits alternatifs », les cinémas, les lieux de transit, etc. mais aussi la distribution commerciale alimentaire générale ou spécialisée (boulangers, pâtisseries, traiteurs et charcutiers) à travers la mise à disposition de plats préparés à emporter (inclus dans la consommation à domicile par les statistiques INSEE).

La mission n'était pas en mesure d'apprécier la validité de ces chiffres, mais ceux-ci ont le mérite de montrer la porosité des frontières entre l'alimentation « nomade » et l'alimentation à domicile.

Une autre étude²⁷ fait état de la répartition des occasions de consommation hors domicile par secteurs de restauration, en citant des chiffres au demeurant assez différents de la précédente et estime le nombre et le prix moyen de ces consommations. Il en ressort une information importante : le prix moyen de la restauration rapide et de la restauration collective est nettement plus faible que celui des autres formes de restauration et le rapport qualité prix de la restauration collective paraît le meilleur, quand on rapporte le nombre d'articles consommés au prix.

Tableau 30 : Répartition des « occasions de consommation » entre les restaurants

Type de restauration	Part dans les occasions de consommation	Nombre d'articles	Prix moyen en 2005
Restauration rapide et cafeterias	46%	2,6	1,9
Restauration avec service à table	34%	3,3	3,4
Restauration collective	11%	4,4	0,8
Autres restaurations	9%	2,5	2,5

Source : Néorestaurations.

Une troisième étude réalisée par GIRA en 2005²⁸ fait apparaître l'évolution sur 20 ans du lieu de déjeuner chez les actifs : le domicile qui était en 1984 le lieu de repas pour 50% des actifs ne le serait plus que pour 45% en 2004. La restauration commerciale sous toutes ses formes aurait gagné 200 millions de repas en 20 ans, tandis que la restauration collective en aurait perdu 100 millions.

Les docteurs Cohen et Serog indiquent quant à eux, sans citer leurs sources, que :

- le secteur du snacking fait fonctionner 1400 enseignes de chaînes de fast food, 2000 points de vente de chaînes dédiées aux sandwiches et salades (Brioche dorée, Paul, etc.) 39 800 cafés bars et brasseries, 27 600 points de vente alternatifs, composés de stations essence, de cinémas, de grandes et moyennes surfaces ;
- en 1996 90% du chiffre d'affaires était réalisé entre 12 heures 30 et 14 heures 30 et en 2006 seulement 50% du chiffre d'affaires ;

²⁶ Gira Sic Conseils via Agra Alimentation (10-05-2005) cité dans l'étude Xerfi sur la restauration collective d'août 2006.

²⁷ Etude NPD publiée par Néorestaurations en mai 2005 et citée in Xerfi le marché de la charcuterie avril 2006.

²⁸ Source Xerfi marché de la charcuterie.

- désormais 59% des Français ne déjeunent plus chez eux et 30% mangent sans s'asseoir à table ;
- le sandwich est le produit phare qui se retrouve dans 1 repas sur 4 de l'homme au travail, 1 sur 3 dans un cadre de loisirs, 1 sur 2 en voyage. 21% des sandwiches sont achetés en grandes et moyennes surfaces, 20% en boulangeries, 15% dans les hôtels cafés et restaurants, 10% dans les stations essences et 24% ailleurs. En 2006 le chiffre d'affaires réalisé sur ce segment dans les grandes surfaces a progressé de 11,9% en volume et représente 294 M€.

IV. LES DONNEES DE L'ENQUÊTE « BUDGET DE FAMILLE »

Les informations qui ressortent de l'approche « budget de famille » ne sont pas totalement concordantes avec celles des comptes nationaux, compte tenu des méthodologies différentes adoptées, comme l'INSEE l'indique dans la note jointe qu'il a adressée à la mission²⁹. Ainsi, un écart global de 16% sur le niveau global de la consommation des ménages entre les chiffres issus des comptes nationaux et ceux issus de l'enquête « budget de famille » a été constaté sur les résultats de la dernière enquête « budget de famille » réalisée en 2006.

Cet écart est particulièrement élevé sur les dépenses alimentaires : le taux de couverture par l'enquête « budget de Famille » 2006 n'est que de 79,9% pour la consommation de produits alimentaires stricto sensu, 75,9% pour les boissons non alcoolisées et 67,6% pour les boissons alcoolisées. Il n'est que de 52,5% pour le tabac.

Il convient en deuxième lieu de noter que l'enquête exploitée par la mission ne concerne que les ménages de la métropole et non ceux des DOM.

Cette enquête fournit néanmoins des enseignements précieux pour analyser la répartition des consommations des ménages en fonction de leur niveau de vie³⁰.

Elle a été exploitée par la mission sur trois points concernant la consommation en métropole : la part du budget alimentaire dans les consommations globales des ménages selon le quintile de niveau de vie, la répartition des consommations alimentaires à domicile (hors boissons alcoolisées) entre les différents produits et enfin la répartition des lieux d'achat.

1. Le montant et la part du budget consacrée à la consommation alimentaire selon le quintile de niveau de vie

Selon l'enquête budget de famille, le poids relatif des produits alimentaires et boissons non alcoolisées à domicile dans la consommation des ménages est de 15%, la part des ménages du premier quintile (Q1) (au niveau de vie le plus bas) étant de 17,2%, tandis que cette part pour le quintile des ménages au niveau de vie le plus élevé (Q5) est de 12,9%.

Sur le tabac et l'alcool, l'écart entre les quintiles est nettement plus réduit, tandis que sur la consommation d'hôtels, restaurants et cafés, la part de revenu consacrée par les ménages du quintile supérieur représente presque le double de celle du quintile le plus bas.

²⁹ Pièce jointe n°1.

³⁰ L'enquête établit le relevé des consommations sur 15 jours au moyen d'un carnet journalier sur lequel le ménage inscrit ses dépenses ou, plus souvent, colle ses tickets de caisse.

Tableau 31 : Part de la dépense consacrée aux différentes fonctions selon le niveau de vie

Fonction	Libellé	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble	Ecart entre quintiles
C01	Produits alimentaires et boissons non alcoolisées	17,2	16,5	15,7	14,9	12,9	15,0	-4,4
C02	Boissons alcoolisées, tabac et stupéfiants	3,1	2,9	2,7	2,4	2,1	2,5	-0,9
C11	Hôtels, restaurants, cafés	3,4	4,5	5,1	5,6	6,5	5,3	3,0
C01+C02+C11	Total	23,7	23,9	23,6	22,8	21,5	22,9	-2,2

Source : Insee budget des familles 2006.

Les sommes consacrées par les différents ménages à ces dépenses s'élèvent à des montants moyens sensiblement différents par quintiles : la dépense moyenne du 5^{ème} quintile est deux fois supérieure à celle du 1^{er} quintile.

Tableau 32 : Budget annuel consacré par les ménages aux différentes fonctions

Variable	Libellé	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble	Ecart entre quintiles
C01	Produits alimentaires et boissons non alcoolisées	3 023	3 736	4 112	4 681	5 267	4 164	2 244
C02	Boissons alcoolisées, tabac	536	654	718	739	872	704	336
C11	Hôtels, restaurants, cafés	603	1 013	1 331	1 756	2 649	1 470	2 046
C01+C02+C11	Total	4 162	5 404	6 161	7 177	8 788	6 338	4 626

Source : Insee budget des familles 2006.

Selon ces informations les budgets moyens quotidiens et hebdomadaires consacrés à l'alimentation à domicile et à l'alcool par les différents déciles s'élèveraient aux sommes suivantes :

Tableau 33 : Budget quotidien et mensuel consacré par les différents quintiles aux produits alimentaires et boissons non alcoolisées

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble	Ecart entre quintiles
Budget hebdomadaire	58,13	71,85	79,07	90,01	101,29	80,07	43,16
Budget quotidien	8,28	10,24	11,26	12,82	14,43	11,41	6,15

Source : INSEE budget des familles 2006.

Tableau 34 : Le budget hebdomadaire consacré aux deux autres fonctions s'établit quant à lui de la façon suivante :

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble	Écart entre quintiles
alcool et tabac	10,32	12,58	13,80	14,22	16,78	13,54	6,46
hôtels restaurants et cafés	11,59	19,48	25,60	33,78	50,94	28,28	39,35

Source : INSEE budget des familles 2006.

On constate qu'une différence relativement faible caractérise la dépense consacrée à l'alcool et au tabac mais que le budget consacré par le quintile supérieur à la dépense de restauration représente presque le quadruple de celle du quintile inférieur. Taxer la restauration aurait donc un effet moins régressif que taxer les autres formes de consommation.

2. La répartition des consommations alimentaires par catégories de produits selon le niveau de vie

a) La répartition des consommations entre les principales catégories de produits selon le niveau de vie

L'essentiel des écarts de consommations (de 0,7 à 1,35 points) se concentre sur trois postes : les céréales, la viande et les laitages. Des écarts de l'ordre de 0,3 points se constatent sur la consommation de légumes, de sucres et de boissons non alcoolisées.

Tableau 35 : La répartition en part de la dépense entre les principales fonctions selon les quintiles

Fonction	Libellé	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble	Écarts entre quintiles en part de revenu
C0111	Pain et céréales, produits à base de céréales (y.c. pâtisserie, riz, pâtes)	3,55	3,27	3,10	2,87	2,21	2,87	-1,35
C0112	Viandes	4,15	4,15	3,88	3,59	3,10	3,66	-1,05
C0113	Poissons et fruits de mer	0,88	0,88	0,87	0,90	0,94	0,90	0,06
C0114	Lait, fromages et œufs	2,42	2,33	2,20	2,08	1,70	2,07	-0,72
C0115	Huiles et graisses	0,41	0,39	0,33	0,31	0,24	0,32	-0,17
C0116	Fruits	1,03	0,96	0,91	0,87	0,89	0,92	-0,14
C0117	Légumes y compris pommes de terre	1,60	1,49	1,39	1,35	1,25	1,38	-0,35
C0118	Sucre, confitures, miel, sirops, chocolat et confiserie	1,06	1,00	0,94	0,90	0,77	0,91	-0,29
C0119	Autres produits alimentaires : Condiments, produits pour dessert etc.	0,54	0,53	0,53	0,47	0,38	0,47	-0,16
C0121	Café thé cacao	0,37	0,38	0,36	0,37	0,32	0,35	-0,05
C0122	Eaux minérales, boissons gazeuses, sirops et jus	0,88	0,79	0,78	0,74	0,57	0,72	-0,31
C0131	Dépenses exceptionnelles alimentation	0,33	0,37	0,45	0,45	0,51	0,44	0,18
	Total consommations alimentaires et boissons non alcoolisées	17,23	16,53	15,74	14,90	12,87	15,02	-4,35

Source : INSEE budget des familles 2006.

b) La consommation en valeur des produits à base de céréales

Il apparaît que dans le cadre d'un budget alimentaire plus restreint, le quintile 1 consacre une proportion nettement plus élevée de sa dépense à la consommation de produits à base de céréales, et notamment aux produits de boulangerie y compris biscuits et gâteaux que le quintile 5.

Tableau 36 : La répartition en euros courants de la consommation des produits à base de céréales

Produits	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble	Ecart en valeur entre les quintiles	Différence en % des revenus Q5-Q1
Riz sous toutes ses formes (y.c. préparations)	20,5	23,3	25,1	32,6	29,5	26,2	9,0	0
Pain et autres produits de boulangerie (y.c. biscuits et gâteaux)	421,3	484,5	529,9	566,2	581,4	516,7	160,1	-1
Pâtes alimentaires sous toutes formes	36,1	43,8	47,4	57,7	56,9	48,4	20,8	-0,1
Pâte à pâtisserie, gâteau industriel, tarte, tourte, quiche, pizza...	102,3	136,0	156,6	181,6	170,9	149,5	68,6	-0,2
Autres céréales et produits (y.c. farine, semoule, céréales petit déj)	43,0	50,4	50,1	61,9	63,7	53,8	20,7	0
TOTAL	623,1	738,0	809,1	900,0	902,4	794,5	279,2	-1,4

Source : INSEE budget des familles 2006.

c) La consommation en valeur des produits à base de viande

Compte tenu de l'importance relative du poste dans la consommation des ménages, la différence d'argent consacrée à ce poste est importante (541 € par an). Les deux catégories de produits où les consommations en valeur (et leurs différences) sont les plus élevées sont le bœuf et la charcuterie.

Tableau 37 : La répartition en euros courants de la consommation des produits à base de viandes

Produits	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble	Ecart en valeur entre les quintiles	Différence en % des revenus entre Q1 et Q5
Viande bovine fraîche ou surgelée	188	239	275	307	363	274	175	-0,18
Viande porcine fraîche ou surgelée	56	81	83	84	87	78	32	-0,10
Viande ovine ou caprine fraîche ou surgelée	45	46	37	46	69	49	23	-0,09
Viande de volaille fraîche ou surgelée	102	130	130	155	156	135	54	-0,20
Viande séchée salée ou fumée, charcuterie et abats, frais ou surgelée	252	327	369	402	433	357	181	-0,38
Conserve viande, produit de transformation des viandes, plat préparé à base de viande	70	88	100	110	134	100	64	-0,07
Autres viandes comestibles (cheval, lapin, gibier)	15	24	20	25	28	22	13	-0,02
Viande	728	937	1014	1129	1269	1015	541	-1,05

Source : INSEE budget des familles 2006.

d) La consommation en valeur de poisson

On ne note pas de différence notable entre quintiles du point de vue de la fraction de dépense consacrée à chaque catégorie de produit. La consommation en fruits de mer et poissons fumés du décile supérieur est plus importante tandis que celle de conserves de poisson est un peu plus élevée accroissement en proportion dans le quintile à bas revenus. Mais ce poste joue marginalement sur les écarts globaux constatés selon le revenu.

Tableau 38 : La répartition en euros courants de la consommation des produits à base de poisson

Produits	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble	Ecart en valeur entre les quintiles	Différence en % des revenus entre Q1 et Q5
Poissons frais au S.A.I..	56	70	78	100	150	91	93	0,04
Poissons surgelés ou congelés (hors poissons panés ou cuisinés)	13	18	17	22	26	19	14	-0,01
Fruits de mer frais ou surgelés (y.c. cuits, NC cuisinés)	24	37	48	65	93	53	69	0,09
Poissons et fruits de mer salés, fumés, séchés y.c. surgelé	8	9	14	19	27	15	19	0,02
Conserves de poisson et de fruits de mer ou produits de la transformation de poissons et de fruits de mer, plats préparés	53	66	72	78	88	71	36	-0,08
Poissons et fruits de mer	154	200	228	284	384	250	230	0,06

Source : INSEE budget des familles 2006.

e) La consommation en valeur de laitages et graisses

Les ménages du quintile 1 consacrent au niveau global 0,72 points de plus de leur dépense à la consommation de laitages et 0,17 points de plus à leur consommation de graisses mais la répartition des consommations entre les différentes catégories de produits selon les revenus est homogène. On note que le budget laitages représente un montant moyen 10 fois plus élevé que les graisses (271 € contre 26 €).

Tableau 39 : La répartition en euros courants de la consommation des produits à base de lait et de graisses

Produits	Quint1	Quint2	Quint3	Quint4	Quint5	Ensemble	Ecart en valeur entre quintiles	Ecart en % des revenus entre quintiles
Lait entier	14	13	11	14	12	13	-2	-0,05
Lait demi-écrémé, écréma	62	70	67	73	61	67	-1	-0,20
Lait de conserve	3	3	3	5	4	4	1	-0,01
Yaourts, fromage blanc et petits suisses	88	114	124	149	161	127	73	-0,11
Fromage et lait caillé	179	227	256	290	333	257	154	-0,21
Autres produits laitiers (dessert à base de lait, crème fraîche, lait aromatisés)	52	71	80	84	80	73	28	-0,10
Œufs	26	30	32	38	43	34	17	-0,04
Total lait, fromages et œufs	424	528	574	653	695	574	271	-0,72
Beurre	30	39	42	44	45	40	15	-0,06
Margarine et autres graisses végétales	15	19	17	20	19	18	4	-0,04
Huiles alimentaires d'olives	10	11	12	16	20	14	10	-0,01
Huiles alimentaires d'arachide, de tournesol, de maïs, colza...	18	18	16	16	14	16	-3	-0,07
Total huiles et graisses	73	88	87	96	98	89	26	-0,17

Source : INSEE budget des familles 2006.

f) La consommation de fruits et légumes

Il existe une différenciation plus forte des consommations selon le niveau de vie pour les légumes que pour les fruits. Ce poste contribue à hauteur de 412 euros par an à l'écart en valeur absolue entre les quintiles.

Tableau 40 : La répartition en euros courants de la consommation des fruits et légumes

Produits	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble	Ecart en valeur entre les quintiles	Différence en % des revenus entre Q1 et Q5
Fruits	181	216	237	273	363	254	182	-0,14
Légumes	281	337	363	425	512	384	230	-0,35

Source : INSEE budget des familles 2006.

g) La consommation de produits sucrés

Les écarts en valeur portent sur le chocolat qui représente environ 40% des consommations.

Tableau 41 : La répartition en euros courants de la consommation des produits sucrés

Produits	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble	Ecart en valeur entre les quintiles	Différence en % des revenus entre Q1 et Q5
Sucre	25	22	23	21	19	22	-6	-0,10
Confitures, marmelade, compote, gelées, purées et pâtes de fruits, miel	26	31	35	51	51	39	25	-0,02
Chocolat	63	81	86	105	139	95	76	-0,02
Sucreries, bonbons et autres confiseries	38	50	53	55	52	50	13	-0,09
Crèmes glacées, sorbets, entremets glacés	24	29	36	39	43	34	18	-0,04
Autres produits à base de sucre	9	12	12	13	12	12	3	-0,02
Total sucre, confitures, miel, sirops, chocolat et confiserie	186	226	245	284	316	251	130	-0,29

Source : INSEE budget des familles 2006.

h) Les eaux et boissons rafraîchissantes

Ce poste est particulièrement intéressant à analyser : **le quintile 1 consacre en valeur absolue presque autant d'argent aux boissons gazeuses que le quintile 5** et une différence assez faible affecte la consommation de jus de fruits, sirops et boissons aromatisées. En revanche une nette différence de consommation selon les quintiles affecte le poste eaux minérales.

Tableau 42 : La répartition en euros courants de la consommation des boissons non alcoolisées

Produits	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble	Ecart en valeur entre les quintiles	Différence en % des revenus entre Q1 et Q5
Eaux minérales	53	64	77	93	104	78	52	-0,05
Boissons gazeuses	43	42	48	47	40	44	-3	-0,15
Jus de fruits et de légumes, sirops, boissons aromatisées	60	73	78	91	87	78	28	-0,13
Jus de légumes	0	1	1	1	2	1	1	0,00
Eaux minérales, boissons gazeuses, sirops et jus	155	179	203	231	233	200	78	-0,31

Source : INSEE budget des familles 2006.

3. La répartition des lieux d'achat selon le niveau de vie

Selon l'enquête budget de famille, l'achat de produits alimentaires se fait en moyenne à hauteur de 30% dans les hypermarchés, 27% dans les supermarchés, 12,4% dans les hard discount et le reste dans des petites surfaces et magasins spécialisés ou par correspondance ou Internet.

Il apparaît que ces chiffres globaux recouvrent une réalité diversifiée selon les quintiles de niveau de vie. Le quintile 1 recourt beaucoup plus souvent au hard discount que les quintiles supérieurs.

Tableau 43 : Répartition des lieux de commercialisation selon le quintile de niveau de vie (en % des achats alimentaires)

Types de commerces	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble
Grande surface alimentaire : hypermarchés « classiques »	25,2	29,1	30,4	33,7	30,7	30,2
Grande surface alimentaire : supermarchés « classiques » + mag pop	25,2	27,2	28,4	27,0	26,7	27,0
Maxi discount	18,1	15,4	14,0	10,8	7,0	12,4
Petite et moyenne surf alimentation générale + surgelés	6,4	5,5	4,6	4,1	5,1	5,0
Commerce de détail alimentaire - magasin spécialisé	14,7	13,1	12,9	13,9	17,3	14,6
Autres	3,3	3,7	4,4	4,6	5,7	4,5
Hors magasin : catalogue, internet, marché, producteur	7,0	6,1	5,3	5,9	7,5	6,4
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : budget des familles 2006.

La pièce jointe 2 donne le détail par catégorie de produits du recours aux différents réseaux de distribution selon l'enquête budget de famille 2006.

V. LES DONNEES SUR LA PRODUCTION ET LA COMMERCIALISATION DES PRODUITS ALIMENTAIRES

A. Les industries agroalimentaires³¹

1. Principales données de structure en 2006

Selon la dernière enquête annuelle d'entreprises disponible en avril 2008 (portant sur l'année 2006), les 3 047 entreprises agroalimentaires de plus de 20 salariés couvertes par l'enquête ont réalisé en 2006 un chiffre d'affaires de 129 Mds€, dont 23,3 Mds€ à l'exportation. Elles employaient 372 900 salariés et ont dégagé un résultat avant impôt de 5 383 Mds€.³²

Cette enquête annuelle d'entreprise ne couvre que 88% du total du secteur tel que l'appréhendent les comptes nationaux, comme le montrent les chiffres du tableau ci-joint fourni par les services de l'INSEE à la mission concernant 2005. Le principal écart concerne l'évaluation de la production de vin et porte sur 6,1 Mds€.

Tableau 44 : Ecart entre les sources statistiques EAE et Comptes nationaux

Chiffre d'affaires 2005 (en millions d'euros)	Source enquête annuelle d'entreprise	Source comptes nationaux	Part couverte en %
Viandes	31 098	34 660	89,7
Produits laitiers	23 083	24 116	95,7
Boissons hors vins (y.c. champagne)	17 155	18 272	93,9
Céréales transformées	14 286	15 910	89,8
Autres	39 926	50 564	79,0
ensemble	125 549	143 522	87,5
		produit vin	
vins (hors champagne)	1 900	8 000	

Source : précisions fournies par l'INSEE à la mission.

Il ressort des statistiques 2006 d'Agreste, que les industries des viandes réalisent près du quart de ce chiffre d'affaires, l'industrie laitière 18%, celle des boissons 15,70%.

Ce tableau permet d'identifier les branches les plus fortement exportatrices (situées notamment dans les industries de boissons alcoolisées mais aussi de céréales et produits amylacés.)

Ses données permettent d'identifier aisément le nombre d'emplois des IAA qui seraient concernés par une variation à la baisse des volumes des consommations des produits trop gras, trop sucrés ou trop salés.

³¹ Source Statistiques AGRESTE et données comptes nationaux fournies par l'INSEE à la mission.

³² La mission n'a pu, dans les délais qui lui étaient impartis, compléter cette annexe par les données que lui a communiquées le 5 juin le Président de l'ANIA sur les PME du secteur.

Tableau 45 : Principales données de structure des entreprises agroalimentaires de 20 salariés et plus en 2006

Millions d'euros	Nombre d'entreprises	Salariés (1) au 31. 12.2006	Chiffre d'affaires en 2006	% CA exporté	% du résultat courant /CA	Part du CA Ensemble des IAA
Ensemble IAA dont :	3 047	372 901	129 055	18,10%	4,20%	100%
15.1 Industrie des viandes	952	122 952	31 357	9,80%	1,10%	24,30%
dont 15.1E Préparations industrielles à base de viande	401	45 427	10 575	5,80%	2,40%	8,20%
15.2 Industrie du poisson	147	13 293	3 406	9,90%	2,50%	2,60%
15.3 Industrie des fruits et légumes	161	21 786	6 829	17,10%	2,80%	5,30%
15.4 Industrie des corps gras	29	2 032	2 125	22,10%	6,90%	1,60%
15.5 Industrie laitière	302	53 915	23 108	16,70%	2,10%	17,90%
dont 15.5A Fabrication de lait liquide et de produits frais	53	15 202	8 095	11,60%	2,60%	6,30%
dont 15.5B Fabrication de beurre	13	2 482	1 761	12,80%	0,80%	1,40%
dont 15.5C Fabrication de fromages	190	28 658	10 015	18,70%	2,00%	7,80%
15.6 Travail des grains, fabrication de produits amylacés	105	12 032	4 922	44,60%	4,70%	3,80%
15.7 Fabrication d'aliments pour animaux	213	18 956	9 798	15,70%	3,20%	7,60%
15.8 Autres industries alimentaires	738	90 862	27 294	17,80%	5,80%	21,10%
dont 15.8A Fabrication. industrielle de pain et pâtisserie fraîche	274	30 707	4 814	10,70%	4,30%	3,70%
dont 15.8F Biscotterie, biscuiterie, pâtisserie de conservation	109	13 217	3 405	8,60%	6,00%	2,60%
dont 15.8H Fabrication de sucre	16	5 736	3 518	9,50%	5,60%	2,70%
dont 15.8K Chocolaterie, confiserie	107	17 518	6 198	25,30%	6,10%	4,80%
dont 15.8R Fabrication. de condiments, assaisonnements	24	2 536	896	16,40%	8,40%	0,70%
dont 15.8T Fabrication. d'alim. pour enfants, alim. diététiques	39	4 787	1 475	16,30%	10,80%	1,10%
15.9 Industrie des boissons dont :	400	37 073	20 216	29,00%	9,90%	15,70%
dont 15.9A Production d'eaux de vie naturelles	42	3 383	2 323	76,00%	17,50%	1,80%
dont 15.9B Fabrication de spiritueux	25	3 463	1 458	26,60%	10,90%	1,10%
dont 15.9F Champagnisation	93	5 798	4 383	40,10%	15,10%	3,40%
dont 15.9G Vinification	135	4 712	1 807	25,50%	1,60%	1,40%
dont 15.9N Brasserie	10	3 853	2 080	4,70%	10,10%	1,60%
dont 15.9S Industrie des eaux de table	42	8 790	3 754	17,80%	8,30%	2,90%
dont 15.9T Production. de boissons rafraîchissantes	18	4 948	3 233	11,70%	5,90%	2,50%

Source : Agreste - Enquête Annuelle d'Entreprise sur les IAA - Résultats définitifs 2006.

(1) Hors intérim.

2. Le contenu en emploi du chiffre d'affaires

Il est apparu intéressant de trier les informations du tableau ci-dessus en fonction du contenu en emploi du chiffre d'affaires, estimé à travers le ratio CA/ salarié.

Il ressort de ce tri les informations suivantes :

- le chiffre d'affaires moyen par salarié dans les IAA recensées par l'Enquête Annuelle d'Entreprises s'élève à 34 600 euros en 2006 ;
- 10 branches, dégagant un résultat courant assez variable par rapport au chiffre d'affaires, réalisent un chiffre d'affaires supérieur à 50 000 euros par salarié :

Tableau 46 : IAA réalisant un Chiffre d'affaires supérieur à 50 000 euros par salarié

	Nombre de Salariés au 31.12.2006	Chiffre d'affaires En M€ en 2006	% du résultat courant/CA	Ratio CA/salarié (en euros)
15.4 Industrie des corps gras	2 032	2 125	6,90%	104 577
15.9F Champagnisation	5 798	4 383	15,10%	75 595
15.5B Fabrication de beurre	2 482	1 761	0,80%	70 951
15.9A Production d'eaux de vie naturelles	3 383	2 323	17,50%	68 667
15.9T Production. de boissons rafraîchissantes	4 948	3 233	5,90%	65 340
15.8H Fabrication de sucre	5 736	3 518	5,60%	61 332
15.9N Brasserie	3 853	2 080	10,10%	53 984
15.5A Fabrication de lait liquide et de produits frais	15 202	8 095	2,60%	53 250

- 5 branches réalisent un chiffre d'affaires moyen par salarié inférieur ou proche de 25 000 € :

Tableau 47 : IAA réalisant un chiffre d'affaires proche ou inférieur à 25 000€ par salarié

	Salariés au 31. 12.2006	Chiffre d'affaires En M€ en 2006	% du résultat courant/CA	Ratio CA/ salarié (en euros)
15.8F Biscotterie, biscuiterie, pâtisserie de conservation	13 217	3 405	6,00%	25 762
15.2 Industrie du poisson	13 293	3 406	2,50%	25 623
15.1 Industrie des viandes	122 952	31 357	1,10%	25 503
dont 15.1E Préparations industrielles à base de viande	45 427	10 575	2,40%	23 279
dont 15.8A Fabrication. industrielle de pain et pâtisserie fraîche	30 707	4 814	4,30%	15 677

Sur la période 1990-2005 le secteur des IAA a créé 57 300 emplois supplémentaires d'après les statistiques des comptes nationaux, concentrés essentiellement dans les « autres industries alimentaires » comme le montre le tableau suivant mais il convient d'observer qu'il a perdu 15 000 emplois sur la dernière période 2000-2005.

Tableau 48 : Évolution du nombre d'emplois dans les IAA

En milliers d'emplois	1990	2000	2005	variation	Variation
				1990-2005	2000-2005
Industries de la viande et du lait	182 527	190 239	180 914	-1 613	-9 325
Industrie des viandes	124 778	135 427	131 666	6 889	-3 761
Industrie du lait	57 749	54 812	49 247	-8 502	-5 565
Autres industries agricoles et alimentaires	279 124	306 628	307 910	28 786	1 282
Industrie des boissons	30 258	26 861	22 539	-7 719	-4 321
Travail du grain	27 640	37 727	32 155	4 516	-5 571
Industries alimentaires diverses	215 198	237 960	250 121	34 923	12 161
TOTAL	917 274	989 653	974 552	57 279	-15 100

Source : Insee comptes nationaux.

3. L'analyse des tableaux emplois ressources et consommations intermédiaires des IAA en 2004

L'analyse des tableaux croisés des emplois et ressources des comptes nationaux (fournis par l'INSEE pour l'année 2004 à la mission) font apparaître plusieurs éléments complémentaires d'information :

En premier lieu ils montrent l'importance des consommations intermédiaires dans la production de certaines branches (lait, grains et viandes) et le poids relatif de la rémunération des salariés dans la valeur ajoutée des différentes branches.

Tableau 49 : Emplois ressources des différentes branches

	Viande GB01	Lait GB02	Boissons GB03	grains GB04	Autres GB05	Total
Conso. intermédiaire	22 350	18 761	11 002	11 042	26 661	89 816
PROD. DES BRANCHES	28 661	21 734	15 486	13 687	39 541	119 109
VALEUR AJOUTEE	6 311	2 973	4 484	2 645	12 880	29 293
Rémunération des salariés	3 855	1 834	1 760	1 459	6 883	15 791
EBE ou revenu mixte (1)	2 106	865	2 478	1 079	5 413	11 941
Autres impôts sur la prod.	408	306	270	230	705	1 919
Subventions d'exploitation	-58	-32	-24	-123	-121	-358
%VA/ Production des branches	22,0%	13,7%	29,0%	19,3%	32,6%	47,8%
% EBE /Valeur ajoutée	33,4%	29,1%	55,3%	40,8%	42,0%	40,8%

(1) EBE : excédent brut d'exploitation.

Source : Comptes nationaux 2004.

En second lieu, ils permettent d'identifier les principales branches bénéficiaires de ces consommations intermédiaires en 2004 dont le total de 89,8 Mds€ se décompose essentiellement au profit :

- de la pêche et de l'agriculture en premier lieu pour 30,6 Mds€ (**soit seulement 34% du total**) ;
- des autres IAA en second lieu pour 18,7 Mds€ (soit 21% du total) ;

- des prestataires de services aux entreprises pour 12,14 Mds€, dont **un peu plus de 3 Mds€ auprès des entreprises de publicité et études de marché** 2,5 Mds€ auprès d'entreprises de nettoyage, 1,7 Md€ auprès d'entreprises de sélection et fourniture de personnels ;
- des fabricants d'emballages divers (plastiques, papiers, etc.) pour 8 Mds€ ;
- enfin des producteurs d'énergie (2,9 Mds€) et du secteur de l'intermédiation financière (1,7 Md€).

En troisième lieu, ils permettent d'identifier l'importance relative des achats directs, tels qu'estimés à travers les comptes nationaux, du secteur de la restauration à l'égard des industries agroalimentaires : ceux-ci ont représenté en 2004 17,2 Mds€, dont 2,2 Mds€ en viandes, 2 Mds€ en produits laitiers, 5 Mds€ en boissons.

B. Le commerce alimentaire³³

1. Le commerce de détail

L'ensemble des formes de vente du commerce de détail a représenté en 2006 un chiffre de 431,8 Mds€ dont 34 Mds€ pour l'alimentation spécialisée et l'artisanat commercial (boulangeries, pâtisseries, charcuteries), 15,9 Mds€ pour les petites surfaces d'alimentation générale et magasins de produits surgelés, 168,2 Mds€ pour les grandes surfaces d'alimentation générale.

a) L'évolution des parts de marché de 1999 à 2006 des différentes formes de vente

Entre 1999 et 2006, les parts de marché représentées respectivement par les petites surfaces d'alimentation spécialisée, les petites surfaces d'alimentation générale et les grandes surfaces ont assez faiblement évolué :

- **les grandes surfaces d'alimentation fournissent plus des deux tiers du marché des produits alimentaires (hors tabac)** et leur part de marché accuse un tassement après une longue période d'extension bien que la superficie autorisée ait continué d'augmenter d'environ 130 000 m² en moyenne chaque année ;
- la part de marché de l'artisanat commercial (et notamment des boucheries-charcuteries) régresse au sein des petites surfaces d'alimentation spécialisée, tandis que la part des petites surfaces d'alimentation générale se maintient.

³³ Source : Le commerce en France INSEE Edition 2007.

Tableau 50 : Évolution des parts de marché des différentes formes de vente

Formes de vente -	Produits alimentaires (hors tabac)			Produits non alimentaires ¹		
	1999	2005	2006	1999	2005	2006
Alimentation spécialisée et artisanat commercial	17,7	17,0	16,8	1,1	1,0	0,9
<i>dont boulangeries-pâtisseries</i>	6,7	6,5	6,4			
<i>boucheries-charcuteries</i>	6,3	5,5	5,4			
Petites surfaces d'alimentation générale et magasins de produits surgelés	8,6	8,6	8,7			
Grandes surfaces d'alimentation générale	67,1	67,6	67,3	19,9	18,4	17,9
<i>dont supermarchés</i>	30,8	33,1	33,0	6,1	4,5	4,4
<i>hypermarchés</i>	35,4	33,1	32,9	13,4	13,5	13,2
Grands magasins et autres magasins non alimentaires non spécialisés				2,2	2,0	2,0
Pharmacies et commerces d'articles médicaux	0,7	0,8	1,0	9,4	10,4	10,5
Magasins non alimentaires spécialisés				41,1	41,9	42,3
Vente par correspondance				3,2	3,3	3,2
Autres hors magasin (marchés, réparation domestique...)	3,7	3,4	3,4	2,2	1,7	1,7
Ensemble commerce de détail et artisanat	97,9	97,5	97,2	79,0	78,7	78,5
Ventes au détail du commerce automobile	0,2	0,4	0,5	14,1	15,0	15,2
Autres ventes au détail ²	1,9	2,1	2,3	6,9	6,4	6,3
Ensemble des ventes au détail	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1. Y compris les ventes et réparations de motocycles, les produits liés à l'automobile, mais à l'exclusion des ventes et réparations de véhicules automobiles.

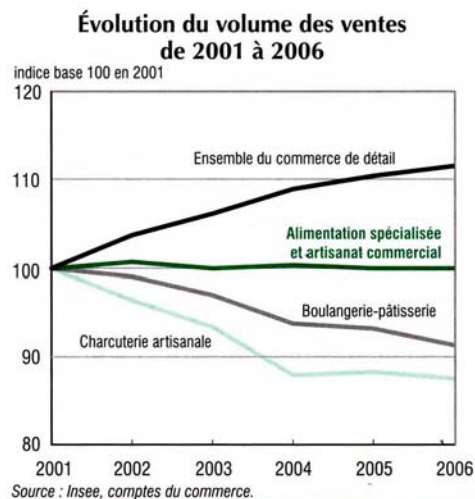
2. Ventes au détail d'autres secteurs : cafés-tabac, grossistes, ventes directes de producteurs.

Source : Insee, comptes du commerce.

Les graphiques suivants permettent d'appréhender plus précisément l'évolution du volume des ventes de 2001 à 2006 au sein de chaque catégorie :

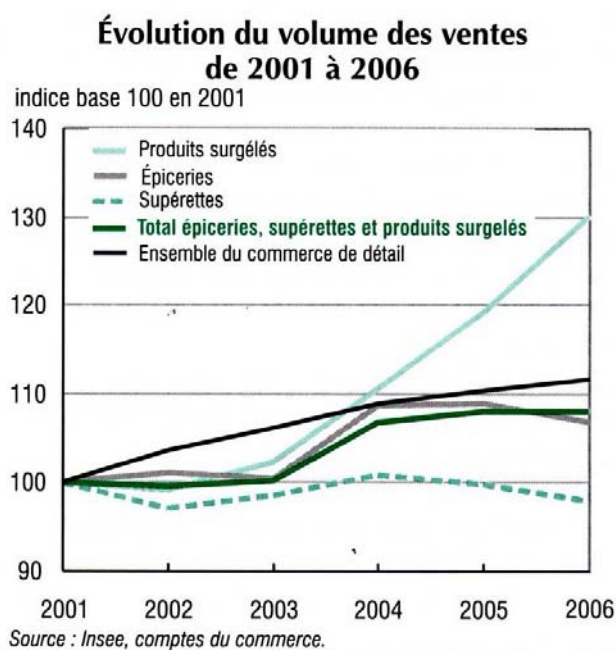
- la part de l'alimentation spécialisée dans le commerce de détail a décliné, cette décroissance paraissant essentiellement imputable aux producteurs artisanaux.

Graphique 10



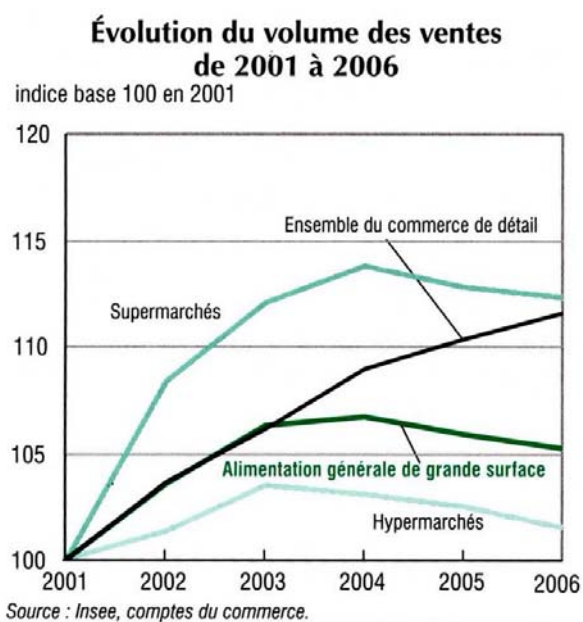
- le volume de vente des magasins de vente de produits surgelés a cru à un rythme très élevé par rapport aux autres petites surfaces alimentaires, dont la progression est restée légèrement en deçà du volume réalisé par le commerce de détail :

Graphique 11



- On observe depuis 2003 un tassement assez net du volume des ventes de l'alimentation générale des grandes surfaces par rapport à l'ensemble du commerce de détail :

Graphique 12



b) Le nombre d'entreprises et d'emplois concernés

D'après la dernière enquête d'entreprise disponible (2004) le nombre d'entreprises et les emplois des diverses formes de vente se répartissaient de la manière suivante selon l'INSEE :

Tableau 51 : Répartition par formes de vente des entreprises, emplois et chiffre d'affaires de 2004

Catégorie	Forme de vente	Nombre d'entreprises	Personnes occupées	Proportion de salariés (en %)	Chiffre d'affaires HT 2004*	CA/ personne occupée**
Alimentation spécialisée	Boulangeries pâtisseries	41 513	190 875	75,3	9 798	51 330
	Charcuteries artisanales	6 380	24 775	71,4	1 853	74 790
	Magasins d'alimentation spécialisés (hors tabac)	37 199	104 830	66,4	13 122	125 170
Petites surfaces alimentation générale	Commerce de produits surgelés	102	10 146	97,5	1 699	167 450
	Épiceries	14 514	28 332	45,9	3 787	133 660
	Supérettes	3 413	18 356	85,6	3 853	209 900
Grandes surfaces	Supermarchés	4 536	218 285	98,1	69 928	320 350
	Magasins populaires	48	16 257	99,9	4 330	266 340
	Hypermarchés	710	287 098	96,9	90 911	316 640

Source : INSEE enquête annuelle d'entreprise dans le commerce en 2004.

* le CA indiqué comprend les produits autres qu'alimentaires cf. tableau 47 précédent.

** Calcul mission d'après les chiffres indiqués aux colonnes précédentes.

Au total, le commerce alimentaire regroupait en 2004 108 414 entreprises, occupant 899 000 personnes, dont 521 640 dans les grandes surfaces. On observe une grande diversité du chiffre d'affaires réalisé par personne occupée dans le secteur.

Le commerce alimentaire spécialisé reste l'affaire de petits magasins (96% des surfaces et du chiffre d'affaire et 99% de l'emploi).

Les données de l'enquête font apparaître l'importance des groupes dans la structure de la distribution alimentaire : ceux-ci réalisent les trois quarts du chiffre d'affaires du commerce de détail en grande surface à prédominance alimentaire.

2. Le commerce de gros

a) Les différents types de grossistes intervenant sur le secteur des produits alimentaires

En 2005 (date de la dernière enquête annuelle d'entreprise publiée) l'ensemble des ventes du commerce de gros et des intermédiaires ont représenté 591,5 Mds€.

Sur ce chiffre d'affaires, l'INSEE précise que :

- 40,5 Mds€ ont été réalisés par les centrales d'achats alimentaires ;
- 13,3 Mds€ ont été réalisés par des grossistes en animaux vivants pour l'abattage ;

- 106,3 Mds€ ont été réalisés par le commerce de gros de produits alimentaires (dont 49,7 Mds€ pour les produits frais, 56,6 Mds€ pour les autres produits), 14,3 Mds€ étant exportés par ces grossistes, essentiellement à destination de l'Union européenne ;
- 12 Mds€ ont été réalisés par les marchés d'intérêt national (17 sites approvisionnant 60 000 clients), dont 44% sur les fruits et légumes, 15% sur la viande, 9% sur les produits de la mer.

Le commerce de gros de produits alimentaires (hors commerce de céréales destinées à l'alimentation humaine³⁴) représentait donc en 2005 un chiffre d'affaires de 172,1 Mds€ soit 29% du chiffre d'affaires total du commerce de gros.

b) Les principales données sur le secteur « commerce de gros des produits alimentaires »

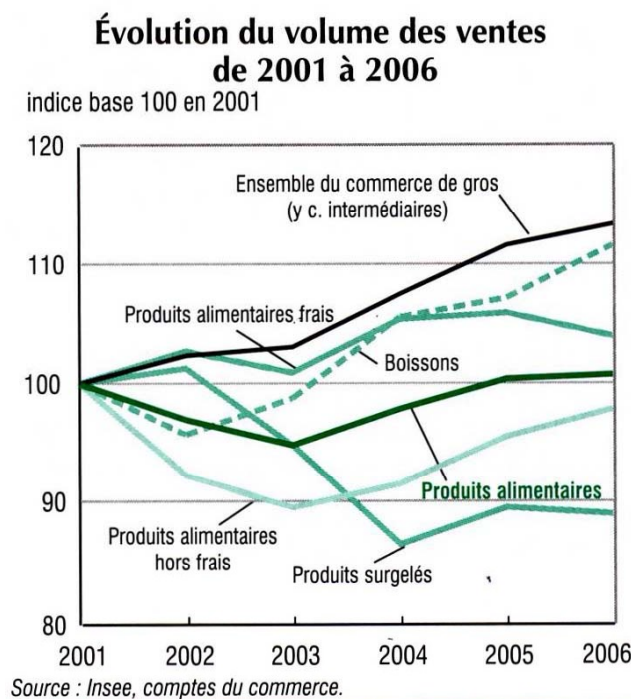
Le commerce de gros des produits alimentaires compte 16 000 entreprises, qui en 2005 employaient 185 500 personnes.

Les trois principaux secteurs en chiffre d'affaires sont ceux des produits laitiers (20% du CA), suivis de la vente en gros de boissons (19%) et des fruits et légumes (14%).

Trois sous-secteurs dégagent un taux de marge commerciale supérieur à 30% : le commerce de gros de produits à base de viande (33%), celui des boissons (31%), celui des café, thé, cacao et épices (31%).

Au cours de la période 2001-2006, l'évolution du volume des ventes du secteur s'est située très en deçà de celle de l'ensemble du commerce de gros et n'a pratiquement pas progressé en volume mais a été diversifiée selon les catégories de produits, comme le montre le graphique suivant :

Graphique 13



³⁴ Sur lesquelles la brochure commerces de l'INSEE ne fournit pas d'indication.

On constate que le commerce de gros des boissons a connu une croissance soutenue et régulière, tandis que celle des produits alimentaires frais a été faiblement positive sur la période et celle des produits alimentaires hors frais a été négative.

VI. ÉLÉMENTS DE COMPARAISON DU NIVEAU DES PRIX FRANÇAIS PAR RAPPORT AUX AUTRES PAYS EUROPÉENS EN 2006

Les résultats exposés dans l'article N° 90-2007 de « Statistiques en bref » d'Eurostat (juillet 2007) « *Produits alimentaires, boissons et tabac – niveaux de prix comparatifs dans 37 pays européens en 2006* » se réfèrent à une enquête sur les produits alimentaires, les boissons et le tabac qui a été menée au printemps 2006 dans 37 pays de l'OCDE participants et couvrait quelque 500 produits comparables, ce qui a permis à tous les pays de fournir les prix d'un nombre suffisant d'articles représentatifs de leurs habitudes de consommation.

Il en ressort les principales observations suivantes concernant la France.

A. Le niveau global des prix

Le niveau global des prix des produits alimentaires et boissons non alcoolisées en France est très légèrement supérieur à la moyenne européenne (indice 105 par rapport à la base moyenne de 100 pour l'UE 27).

L'article distingue les groupes de pays suivants :

- groupe I ($\geq 130\%$ de la moyenne communautaire): Danemark, Islande, Norvège et Suisse ;
- groupe II ($\geq 100\%$ et $< 130\%$ de la moyenne communautaire): Belgique, Allemagne, France, Irlande, Italie, Chypre, Luxembourg, Autriche, Finlande, Suède et Royaume-Uni ;
- groupe III ($\geq 80\%$ et $< 100\%$ de la moyenne communautaire): Grèce, Espagne, Malte, Pays Bas, Portugal, Slovénie, Croatie et Turquie ;
- groupe IV ($\geq 60\%$ et $< 80\%$ de la moyenne communautaire): République tchèque, Estonie, Lettonie, Lituanie, Hongrie, Pologne, Roumanie, Slovaquie, Albanie, Bosnie-Herzégovine, Monténégro et Serbie ;
- groupe V ($< 60\%$ de la moyenne communautaire): Bulgarie et l'ancienne République yougoslave de Macédoine.

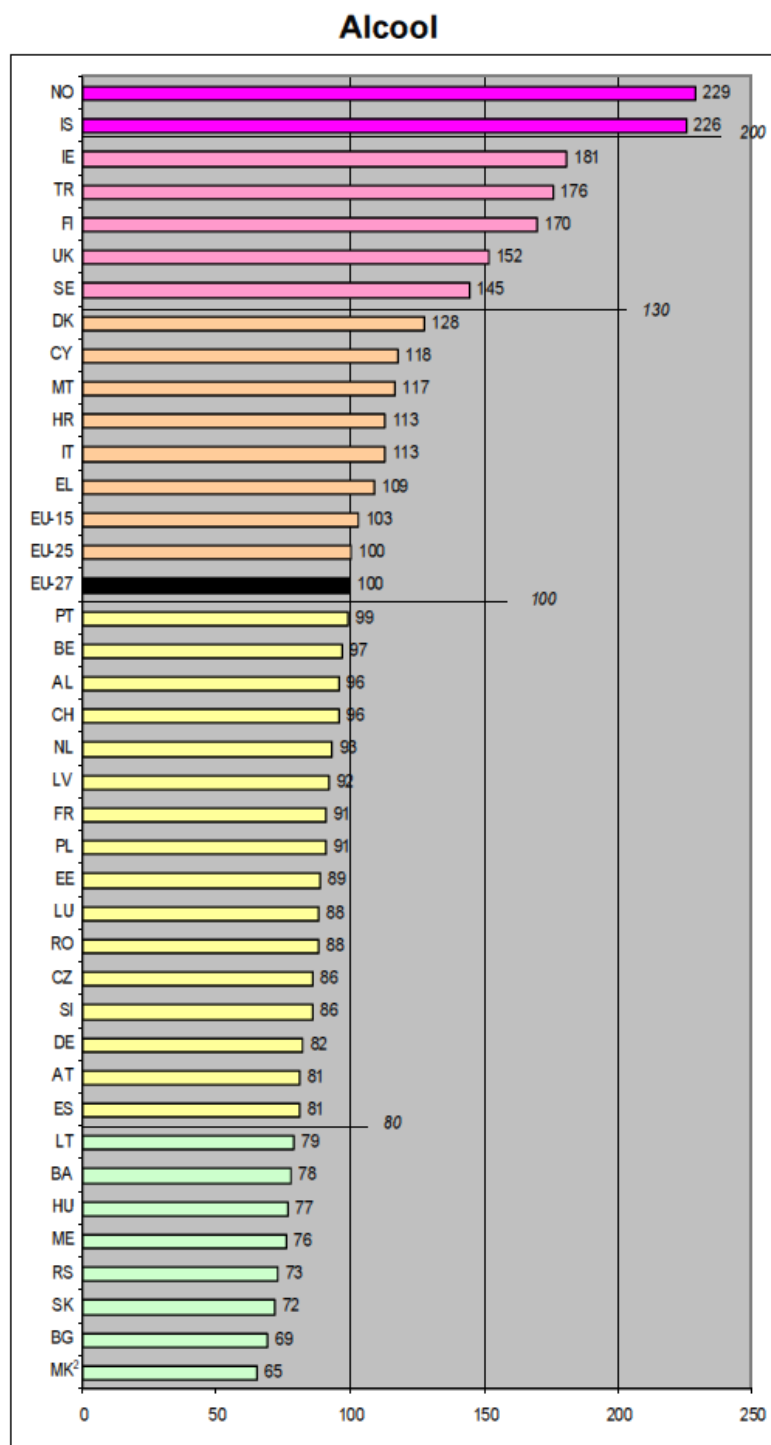
L'enquête montre de fortes disparités dans l'indice de niveau de prix entre les pays de l'UE. L'indice se situe entre 56 (Bulgarie) et 142 (Danemark), **hors alcool et tabac**. En d'autres termes, un panier comparable de produits alimentaires et de boissons non alcoolisées et de tabac dans le pays le plus cher de l'UE, le Danemark, coûte plus de 2,5 fois plus cher que dans le pays le moins cher, la Bulgarie.

B. Le niveau des prix de l'alcool

Le niveau des prix de l'alcool pratiqué en France est en revanche inférieur à celui de la moyenne communautaire.

Le graphique suivant montre que les prix de l'alcool pratiqués en France sont parmi les plus bas des quinze premiers pays adhérents, à l'exception du Luxembourg, de l'Allemagne et de l'Espagne.

Graphique 14



BE Belgique BG Bulgarie CZ Tchécoslovaquie DK Danemark DE Allemagne EE Estonie IE Irlande EL Grèce
 ES Espagne FR France IT Italie CY Chypre LV Lettonie LT Lituanie LU Luxembourg HU Hongrie MT Malte
 NL Pays Bas AT Autriche PL Pologne PT Portugal RO Roumanie SI Slovénie UK Royaume Uni HR Croatie
 MK Ancienne république de Macédoine TR Turquie IS Islande NO Norvège CH Suisse AL Albanie BA Bosnie
 Herzégovine ME Monténégro RS Serbie

C. Le niveau des prix des autres catégories d'aliments

La comparaison des prix par catégorie d'aliments fait apparaître les particularités de la situation française par rapport aux autres pays de l'Union européenne.

Le consommateur français paie relativement plus cher ($\geq 20\%$ des prix de l'Union) le tabac (indice 133) et la viande (indice 122).

Le prix des fruits et légumes (indice 108), des huiles et des graisses (indice 107) du poisson (indice 106) apparaît également supérieur à la moyenne européenne.

Les prix du pain (indice 103) et des produits laitiers (indice 100) sont strictement dans la moyenne.

Il apparaît que les prix des boissons non alcoolisées sont nettement inférieurs (indice 83) à la moyenne et parmi les plus bas des pays de l'Union.

Tableau 52 : Indices de niveau de prix comparatifs (2006) pour les principaux sous-groupes de l'enquête, EU27=100

Tableau 1: indices de niveau de prix comparatifs (2006) pour les principaux sous-groupes de l'enquête, EU27=100

	BE	BG	CZ	DK	DE	EE	IE	EL	ES	FR	IT	CY	LV	LT	LU	HU	MT	NL	AT	PL	PT	RO	SI	SK	FI	SE	UK	HR	MK ²	TR	IS	NO	CH	AL	BA	ME	RS
Enquête globale	107	56	68	136	104	72	140	95	87	106	112	106	65	62	104	69	86	90	105	66	87	68	83	65	124	121	128	87	53	85	170	172	129	68	65	67	62
<i>Produits alimentaires et boissons non alcoolisées</i>	110	56	69	142	105	75	125	98	92	105	115	107	69	64	115	71	83	88	110	67	88	71	87	67	120	119	113	89	56	84	164	158	142	72	71	74	67
<i>Produits alimentaires</i>	111	55	68	139	106	74	124	97	93	107	116	104	68	63	116	70	81	89	111	65	87	70	87	66	119	119	113	87	55	82	163	159	146	70	70	74	67
Pain et céréales	109	41	61	150	108	70	121	95	112	103	109	108	59	61	119	60	76	89	126	60	95	59	93	56	141	131	103	87	55	70	188	164	142	59	62	66	56
Viande	123	48	60	149	118	64	129	91	81	122	118	81	58	50	120	65	69	105	121	52	82	60	83	58	119	133	126	86	53	77	189	182	195	62	73	69	68
Poisson	128	62	76	138	121	73	123	101	89	106	122	142	71	57	110	75	82	115	111	67	70	85	102	68	111	109	91	84	64	76	112	128	142	85	65	70	82
Lait, fromage et œufs	109	82	80	116	87	79	126	138	96	100	126	139	75	75	112	83	111	78	98	67	105	94	83	75	110	104	115	89	62	117	149	160	126	84	76	77	75
Huiles et graisses	111	95	83	135	88	88	98	118	89	107	113	134	95	91	112	90	98	66	115	83	98	95	106	100	118	118	104	103	80	93	139	156	163	95	86	84	98
Fruits et légumes	105	50	64	129	116	83	130	72	95	108	115	90	73	68	130	65	70	89	107	72	80	70	86	62	124	123	120	78	43	71	154	143	131	61	61	80	59
Autres produits alimentaires	100	67	83	161	99	83	121	114	100	98	116	127	82	76	106	82	101	80	107	82	109	87	94	87	113	114	107	107	72	107	160	163	129	102	83	87	80
<i>Boissons non alcoolisées</i>	101	73	82	170	103	90	135	118	87	83	109	142	89	79	104	77	108	83	97	84	93	88	88	77	132	118	121	107	67	101	176	159	104	98	89	77	72
<i>Boissons alcoolisées</i>	97	69	86	128	82	89	181	109	81	91	113	118	92	79	88	77	117	93	81	91	99	88	86	72	170	145	152	113	65	176	226	229	96	96	78	76	73
Tabac	100	51	52	115	119	41	186	73	64	133	99	95	28	30	84	54	84	103	98	44	76	32	59	51	107	119	205	65	31	56	173	227	102	33	32	24	26

Comment interpréter ce tableau?

Ce tableau repose sur les prix moyens annuels nationaux des différents groupes de produits. Dans les lignes, le tableau fournit une comparaison directe des niveaux de prix pour le groupe de produits concerné dans l'ensemble des 37 pays participants. Par exemple, l'INP des huiles et des graisses dépasse la moyenne de 4 % au Royaume-Uni et de 18 % en Suède. Les huiles et les graisses sont donc environ 14 % plus chères en Suède qu'au Royaume-Uni ($128/104=1,14$).

Tableau 1: indices de niveau de prix comparatifs (2006) pour les principaux sous-groupes de l'enquête, EU27=100

	BE	BG	CZ	DK	DE	EE	IE	EL	ES	FR	IT	CY	LV	LT	LU	HU	MT	NL	AT	PL	PT	RO	SI	SK	FI	SE	UK	HR	MK ⁴	TR	IS	NO	CH	AL	BA	ME	RS
Enquête globale	107	56	68	136	104	72	140	95	87	106	112	106	65	62	104	69	86	90	105	66	87	68	83	65	124	121	128	87	53	85	170	172	129	68	65	67	62
<i>Produits alimentaires et boissons non alcoolisées</i>	110	56	69	142	105	75	125	98	92	105	115	107	69	64	115	71	83	88	110	67	88	71	87	67	120	119	113	89	56	84	164	158	142	72	71	74	67
<i>Produits alimentaires</i>	111	55	68	139	106	74	124	97	93	107	116	104	68	63	116	70	81	89	111	65	87	70	87	66	119	119	113	87	55	82	163	159	146	70	70	74	67
Pain et céréales	109	41	61	150	108	70	121	95	112	103	109	108	59	61	119	60	76	89	126	60	95	59	93	56	141	131	103	87	55	70	188	164	142	59	62	66	56
Viande	123	48	60	149	118	64	129	91	81	122	118	81	58	50	120	65	69	105	121	52	82	60	83	58	119	133	126	86	53	77	189	182	195	62	73	69	68
Poisson	128	62	76	138	121	73	123	101	89	106	122	142	71	57	110	75	82	115	111	67	70	85	102	68	111	109	91	84	64	76	112	128	142	85	65	70	82
Lait, fromage et œufs	109	82	80	116	87	79	126	138	96	100	126	139	75	75	112	83	111	78	98	67	105	94	83	75	110	104	115	89	62	117	149	160	126	84	76	77	75
Huiles et graisses	111	95	83	135	88	88	98	118	89	107	113	134	95	91	112	90	98	66	115	83	98	95	106	100	118	118	104	103	80	93	139	156	163	95	86	84	98
Fruits et légumes	105	50	64	129	116	83	130	72	95	108	115	90	73	68	130	65	70	89	107	72	80	70	86	62	124	123	120	78	43	71	154	143	131	61	61	80	59
Autres produits alimentaires	100	67	83	161	99	83	121	114	100	98	116	127	82	76	106	82	101	80	107	82	109	87	94	87	113	114	107	107	72	107	160	163	129	102	83	87	80
<i>Boissons non alcoolisées</i>	101	73	82	170	103	90	135	118	87	83	109	142	89	79	104	77	108	83	97	84	93	88	88	77	132	118	121	107	67	101	176	159	104	98	89	77	72
<i>Boissons alcoolisées</i>	97	69	86	128	82	89	181	109	81	91	113	118	92	79	88	77	117	93	81	91	99	88	86	72	170	145	152	113	65	176	226	229	96	96	78	76	73
Tabac	100	51	52	115	119	41	186	73	64	133	99	95	28	30	84	54	84	103	98	44	76	32	59	51	107	119	205	65	31	56	173	227	102	33	32	24	26

Comment interpréter ce tableau?

Ce tableau repose sur les prix moyens annuels nationaux des différents groupes de produits. Dans les lignes, le tableau fournit une comparaison directe des niveaux de prix pour le groupe de produits concerné dans l'ensemble des 37 pays participants. Par exemple, l'INP des huiles et des graisses dépasse la moyenne de 4 % au Royaume-Uni et de 18 % en Suède. Les huiles et les graisses sont donc environ 14 % plus chères en Suède qu'au Royaume-Uni ($128/104=1,14$).

BE Belgique BG Bulgarie CZ Tchécoslovaquie DK Danemark DE Allemagne EE Estonie IE Irlande EL Grèce ES Espagne FR France IT Italie CY Chypre LV Lettonie LT Lituanie LU Luxembourg HU Hongrie MT Malte NL Pays Bas AT Autriche PL Pologne PT Portugal RO Roumanie SI Slovénie UK Royaume Uni HR Croatie MK Ancienne république de Macédoine TR Turquie IS Islande NO Norvège CH Suisse AL Albanie BA Bosnie Herzégovine ME Monténégro RS Serbie

PIECE JOINTE N° 1

**PRECISIONS METHODOLOGIQUES APPORTEES PAR L'INSEE
A LA MISSION SUR LES ECARTS
ENTRE LES SOURCES D'INFORMATION INSEE
SUR LA CONSOMMATION DES MENAGES**

**Informations fournies par Jean-Louis Lhéritier, Chef du département des prix à la consommation, des ressources et des conditions de vie des ménages
(Pièce jointe à un message électronique du 4 avril 2008)**

Les comptes nationaux donnent, dans un cadre cohérent, un panorama de la situation économique de la France par grands secteurs institutionnels et branche d'activité économique. Le compte du secteur des ménages détaille ainsi la consommation des ménages. Ce compte ne procède pas d'une observation directe des ménages mais est établi en miroir du compte des autres secteurs institutionnels.

Réalisée tous les 6 ans, l'enquête Budget des Familles (BDF) procède au contraire par une interrogation directe d'un échantillon de 12 000 ménages représentatif de la population française vivant dans les ménages ordinaires (les personnes vivant dans des habitations mobiles ou des collectivités, les sans-abri sont notamment non couverts, soit de l'ordre de 1,3 millions de personnes). Son champ est donc légèrement moindre que celui des comptes. Ces 12 000 ménages sont interrogés sur leurs consommations par le biais d'un carnet consignait leurs consommations courantes durant une période de 15 jours et d'un questionnaire récapitulant leurs achats, essentiellement autres qu'alimentaires, au cours des 12 derniers mois. S'agissant d'une enquête par sondage, ses résultats sont affectés d'une marge d'incertitude.

L'enquête BDF apporte un éclairage sur les dépenses des ménages selon une nomenclature très fine en fonction des caractéristiques des ménages. La dernière enquête en date a été réalisée à cheval sur les années 2005 et 2006 et porte le millésime 2006. Elle a livré une nouvelle décomposition des dépenses des ménages selon une nomenclature de fonctions proche de la Coicop. Afin de valider les montants totaux et vérifier la bonne évolution des variations des postes de dépenses, une comparaison est effectuée avec les dépenses de consommation des ménages issues des comptes nationaux (CN). Cette dernière répartit les dépenses de consommation par produit selon la Nomenclature Économique de Synthèse (NES) qui découle de la Nomenclature d'Activités Française (Naf).

La première difficulté à surmonter est de construire une table de passage entre les deux nomenclatures ayant des logiques de classement relativement différentes des postes des dépenses. Le passage entre un poste BDF et son correspondant CN n'étant pas toujours univoque, le recours à des clés de répartition est rendu nécessaire pour un ensemble de postes. Parfois, aucune source n'étant disponible pour répartir les dépenses, une répartition au prorata du nombre de postes concernés par un lien de causalité est alors retenue.

Des différences de concept sur la définition de la consommation des ménages nécessitent de retravailler les données pour rendre possible la comparaison. Par exemple l'autoconsommation des ménages est estimée dans la source CN mais n'est pas considérée comme des dépenses au sens usuel dans l'enquête BDF : elle doit donc être enlevée pour les besoins de la comparaison. Ou bien, le champ de l'enquête BDF étant parfois plus large que la définition de consommation des ménages retenue en comptabilité nationale (prise en compte des emprunts, des dépenses de stupéfiant...), certains postes de l'enquête ne sont pas retenus. A l'inverse, des dépenses de comptabilité nationale sont imputées mais ne donnent pas lieu à des réelles dépenses (loyers imputés, SIFIM) et doivent donc être retirées du champ pour une bonne comparaison.

Enfin, pour certaines fonctions de l'enquête BDF, des postes ne sont pas ventilés (exemple : dépenses d'habillement pour cérémonie) ce qui oblige à les répartir sur des postes bien définis (chaussures, pantalons, robes).

- Pièce Jointe N° 1 - page 2 -

Tableau 1 : dépenses BDF et DCN et taux de couverture selon les sous-fonctions (en millions d'euros)

Coicop	Nom Produit	Dépenses BDF 2000 (3)	Dépenses CN 2000 (4)	TX couv. (3)/(4)	Dépense s BDF 2006 (6)	Dépense s CN 2005 (7)	TX couv. (6)/(7)
01	PRODUITS ALIMENTAIRES ET BOISSONS NON ALCOOLISEES	95738	110561	86.6	103748	130300	79.6
011	Produits alimentaires (hors café, thé, cacao et boissons)	88643	102266	86.7	96064	120177	79.9
012	Café, thé et boissons non alcoolisées	7096	8295	85.5	7683	10123	75.9
02	BOISSONS ALCOOLISEES, TABAC ET STUPEFIANTS	16777	26799	62.6	17527	29413	59.6
021	Boissons alcoolisées (Apéritifs SAI)	9358	12935	72.3	9366	13864	67.6
022	Tabac et produits connexes	7419	13864	53.5	8161	15549	52.5
03	TISSU HABILLEMENT, ARTICLES HABILLEMENT ET CHAUSSURES	38709	40540	95.5	52922	44537	118.8
031	Tissus et vêtements yc services	29840	32998	90.4	43502	36358	119.6
032	Chaussures, location et réparation de chaussures	8869	7542	117.6	9420	8179	115.2
04	LOGEMENT EAU GAZ ELECTRICITE ET AUTRES COMBUSTIBLES	90353	80197	112.7	107112	101650	105.4
041	Loyers d'habitation	41995	31415	133.7	48786	40151	121.5
043	Travaux courants d'entretien et de réparation du logement (hors gros travaux)	8254	10053	82.1	5090	12141	41.9
044	Autres services relatifs au logement (ordures, assainissement, eau, charges)	10353	11326	91.4	14441	14237	101.4
045	Électricité, gaz et autres combustibles	29751	27402	108.6	38794	35121	110.5
05	AMEUBLEMENT, EQUIPEMENT MENAGER ET ENTRETIEN COURANT DE LA MAISON	35579	46451	76.6	49053	55073	89.1
051	Meubles, articles d'ameublement et décoration, tapis et autres revêtements de sol, réparation de ces articles	11772	12404	94.9	17881	14354	124.6
052	Articles de ménage en textile (literie, linge de maison, autre textile d'ameublement)	2931	3517	83.3	4517	3804	118.7
053	Gros appareils électroménagers yc de chauffage et réparation de ces appareils	4998	7350	68	5990	8491	70.5
054	Verrerie, vaisselle, ustensiles de cuisine et article de ménage ou toilette	1731	4983	34.7	4958	5637	88
055	Outillage pour la maison et le jardin, outillage SAI	3694	3714	99.5	4259	4530	94
056	Biens et services pour l'entretien courant du logement (produits et articles d'entretien, services domestiques ou d'entretien pour le logement)	10452	14484	72.2	11448	18258	62.7
06	SANTE	25425	25300	100.5	24451	32630	74.9
061	Produits et appareils thérapeutiques matériel médical	8774	11794	74.4	10083	14680	68.7
062	Services de consultation externe	16350	10366	157.7	13640	13644	100
063	Services et soins hospitaliers	302	3139	9.6	728	4307	16.9
07	TRANSPORTS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS, SERVICES DE TRANSPORT	93660	121063	77.4	105713	143113	73.9
071	Achats de véhicules	42068	34844	120.7	50116	39043	128.4
072	Frais d'utilisation de véhicules personnels (entretien, essence, garagiste, parking, péage...)	39711	71014	55.9	40346	84669	47.7
073	Services de transport	11880	15206	78.1	15251	19401	78.6
08	COMMUNICATIONS ET SERVICES POSTAUX	15604	18652	83.7	24672	26868	91.8
081	Communications et services postaux	15604	18652	83.7	24672	26868	91.8
09	LOISIRS ET CULTURE	51926	72281	71.8	77754	88271	88.1
091	Équipements et accessoires : audiovisuels, photographiques et informatiques, y compris leur réparation	8614	17440	49.4	8685	20333	42.7
092	Autres biens durables importants du domaine des loisirs et de la culture y compris leur réparation	1348	1966	68.6	1155	2311	50
093	Autres articles et équipements de loisirs : jeux jouets, équipt loisir, fleurs, jardins et animaux d'agrément	10404	13619	76.4	12342	17212	71.7
094	Services sportifs, récréatifs et culturels	17798	27025	65.9	19750	34858	56.7
095	Edition, presse, papeterie	9805	11305	86.7	8874	12452	71.3
096	Voyages à forfait	3956	926	427.2	26949	1105	2438.8
10	ENSEIGNEMENT ET SERVICES EDUCATIFS	2855	4983	57.3	4699	6729	69.8
101	Frais d'enseignement, services éducatifs	2855	4983	57.3	4699	6729	69.8
11	HOTELLERIE CAFE RESTAURATION	38771	49559	78.2	36639	59682	61.4
111	Restauration	32205	39988	80.5	33636	46934	71.7
112	Services d'hébergement	6566	9571	68.6	3002	12748	23.5
12	AUTRES BIENS ET SERVICES	65358	83525	78.2	83237	100376	82.9
121	Services et produits de soins personnels	14329	21541	66.5	15487	25872	59.9

Pièce jointe N° 1 - page 3 -

Coicop	Nom Produit	Dépenses BDF 2000 (3)	Dépenses CN 2000 (4)	TX couv. (3)/(4)	Dépense s BDF 2006 (6)	Dépens es CN 2005 (7)	TX couv. (6)/(7)
122	Effets personnels	2617	7726	33.9	3388	8218	41.2
123	Protection sociale	3200	13436	23.8	3731	15936	23.4
124	Assurances	40579	24866	163.2	48560	32430	149.7
125	Services financiers	1167	5216	22.4	2554	5445	46.9
126	Autres services	3466	10740	32.3	9517	12474	76.3
Total	ENSEMBLE	570754	679910	83.9	687525	818642	84

PIECE JOINTE N° 2

**DETAIL PAR CATEGORIE DE PRODUITS DU RECOURS AUX
DIFFERENTS RESEAUX DE DISTRIBUTION SELON
L'ENQUETE BUDGET DE FAMILLE 2006**

- Pièce Jointe N° 2, page 1 -

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble
Pain et céréales, produits à base de céréales (y.c. pâtisserie, riz, pâtes)	Grande surface alimentaire : hypermarchés "classiques"	21,6	24,2	24,0	27,2	25,0	24,6
	Grande surface alimentaire : supermarchés "classiques" + mag pop	18,0	20,1	21,4	20,4	21,3	20,4
	Maxi discount	14,0	11,8	11,0	8,6	5,4	9,8
	Petite et moyenne surf alimentation générale + surgelés	5,4	4,9	3,8	3,9	5,3	4,6
	Commerce de détail alimentaire - magasin spécialisé	32,5	32,2	32,1	33,1	35,2	33,1
	Autres	3,4	3,4	4,2	4,5	5,0	4,2
	Hors magasin : catalogue, internet, marché, producteur	5,2	3,3	3,4	2,5	2,9	3,4
	Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Viande	Grande surface alimentaire : hypermarchés "classiques"	22,8	27,5	28,8	32,0	28,8	28,4
	Grande surface alimentaire : supermarchés "classiques" + mag pop	24,8	27,5	29,2	27,1	24,9	26,7
	Maxi discount	15,0	13,3	12,3	9,8	6,1	10,7
	Petite et moyenne surf alimentation générale + surgelés	6,1	5,4	5,2	3,8	4,4	4,8
	Commerce de détail alimentaire - magasin spécialisé	23,1	17,6	17,7	19,3	27,1	21,2
	Autres	0,7	0,9	0,6	0,7	1,0	0,8
	Hors magasin : catalogue, internet, marché, producteur	7,6	7,9	6,2	7,4	7,7	7,4
	Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Poissons et fruits de mer	Grande surface alimentaire : hypermarchés "classiques"	31,4	33,1	36,0	35,4	33,8	34,2
	Grande surface alimentaire : supermarchés "classiques" + mag pop	24,9	27,9	27,0	24,9	24,5	25,6
	Maxi discount	14,5	13,0	11,1	8,2	5,3	9,4
	Petite et moyenne surf alimentation générale + surgelés	7,3	7,9	8,0	9,4	9,4	8,7
	Commerce de détail alimentaire - magasin spécialisé	9,0	6,6	7,8	9,5	11,8	9,4
	Autres	0,5	0,5	0,8	1,7	1,0	1,0
	Hors magasin : catalogue, internet, marché, producteur	12,3	10,9	9,5	11,1	14,2	11,9
	Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Lait, fromages et oeufs	Grande surface alimentaire : hypermarchés "classiques"	30,1	35,3	37,0	41,3	39,9	37,3
	Grande surface alimentaire : supermarchés "classiques" + mag pop	31,4	31,6	35,4	33,4	35,7	33,7
	Maxi discount	25,4	22,4	19,6	15,4	10,5	17,8
	Petite et moyenne surf alimentation générale + surgelés	6,4	4,6	3,3	2,7	3,5	3,9
	Commerce de détail alimentaire - magasin spécialisé	2,9	2,2	1,6	2,9	4,5	2,9
	Autres	0,2	0,5	0,4	0,4	1,0	0,5
	Hors magasin : catalogue, internet, marché, producteur	3,6	3,4	2,8	4,0	5,1	3,8
	Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

- Pièce Jointe N° 2, page 2 -

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble
Huiles et graisses	Grande surface alimentaire : hypermarchés « classiques »	30,0	33,2	36,4	41,4	41,7	37,0
	Grande surface alimentaire : supermarchés « classiques » + mag pop	34,2	37,5	40,9	37,0	39,6	38,0
	Maxi discount	23,6	18,8	16,6	12,9	10,0	15,9
	Petite et moyenne surf alimentation générale + surgelés	7,5	6,4	3,6	3,2	3,6	4,7
	Commerce de détail alimentaire - magasin spécialisé	2,6	1,5	1,1	2,5	1,9	1,9
	Autres	0,2	1,0	0,7	0,3	0,6	0,6
	Hors magasin : catalogue, internet, marché, producteur	2,0	1,6	0,7	2,7	2,7	2,0
	Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Fruits	Grande surface alimentaire : hypermarchés « classiques »	20,6	22,9	27,2	29,2	26,9	25,9
	Grande surface alimentaire : supermarchés « classiques » + mag pop	23,5	27,3	27,2	27,8	26,0	26,5
	Maxi discount	17,5	15,5	15,3	11,7	7,0	12,5
	Petite et moyenne surf alimentation générale + surgelés	10,0	7,9	6,5	5,1	6,4	6,9
	Commerce de détail alimentaire - magasin spécialisé	9,3	9,5	9,0	10,2	14,5	10,9
	Autres	0,5	1,4	0,9	0,5	0,7	0,8
	Hors magasin : catalogue, internet, marché, producteur	18,6	15,5	14,1	15,6	18,6	16,6
	Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Légumes y compris pommes de terre et autres tubercules	Grande surface alimentaire : hypermarchés « classiques »	22,3	25,7	28,6	32,6	30,5	28,5
	Grande surface alimentaire : supermarchés « classiques » + mag pop	24,4	28,5	29,4	28,5	27,6	27,8
	Maxi discount	20,9	17,4	16,9	13,3	7,9	14,4
	Petite et moyenne surf alimentation générale + surgelés	9,0	8,2	7,1	6,2	7,4	7,5
	Commerce de détail alimentaire - magasin spécialisé	6,0	6,5	6,7	7,1	10,4	7,7
	Autres	1,4	1,1	0,9	1,0	1,0	1,0
	Hors magasin : catalogue, internet, marché, producteur	16,0	12,6	10,3	11,4	15,2	13,1
	Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sucre, confitures, miel, sirops, chocolat et confiserie	Grande surface alimentaire : hypermarchés « classiques »	29,9	37,5	38,2	41,4	35,8	37,0
	Grande surface alimentaire : supermarchés « classiques » + mag pop	32,0	30,0	31,2	31,1	29,8	30,7
	Maxi discount	24,0	18,2	16,4	11,7	8,3	14,7
	Petite et moyenne surf alimentation générale + surgelés	5,4	4,8	4,5	4,9	6,1	5,2
	Commerce de détail alimentaire - magasin spécialisé	4,0	4,1	4,9	6,9	13,1	7,1
	Autres	2,5	2,5	2,3	1,4	2,6	2,2
	Hors magasin : catalogue, internet, marché, producteur	2,3	2,9	2,6	2,5	4,4	3,0
	Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

- Pièce Jointe N° 2, page 3 -

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble
Autres produits alimentaires : condiments, produits pour dessert et pâtisserie, soupes, aliments pour bébés, produits diététiques	Grande surface alimentaire : hypermarchés "classiques"	37,8	42,1	43,2	48,4	39,7	42,5
	Grande surface alimentaire : supermarchés "classiques" + mag pop	34,6	34,4	35,0	33,7	37,9	35,2
	Maxi discount	16,8	11,4	11,7	9,0	7,8	10,9
	Petite et moyenne surf alimentation générale + surgelés	5,6	5,2	3,9	3,6	4,6	4,4
	Commerce de détail alimentaire - magasin spécialisé	3,1	4,2	2,1	2,6	4,3	3,3
	Autres	0,6	1,6	1,8	1,1	1,7	1,4
	Hors magasin : catalogue, internet, marché, producteur	1,6	1,1	2,3	1,7	3,9	2,2
	Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Café thé cacao	Grande surface alimentaire : hypermarchés "classiques"	34,8	37,9	39,3	42,9	35,1	38,2
	Grande surface alimentaire : supermarchés "classiques" + mag pop	32,3	36,7	33,6	31,8	34,6	33,8
	Maxi discount	17,2	14,1	13,5	9,0	7,1	11,3
	Petite et moyenne surf alimentation générale + surgelés	6,4	3,9	3,4	2,2	3,0	3,5
	Commerce de détail alimentaire - magasin spécialisé	2,3	1,7	1,0	3,2	7,4	3,5
	Autres	3,0	1,7	2,9	4,0	4,5	3,4
	Hors magasin : catalogue, internet, marché, producteur	4,0	4,1	6,3	6,9	8,4	6,3
	Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Eaux minérales, boissons gazeuses, sirops et jus	Grande surface alimentaire : hypermarchés "classiques"	31,4	36,6	38,3	44,0	43,8	39,5
	Grande surface alimentaire : supermarchés "classiques" + mag pop	31,0	32,0	34,2	33,5	36,3	33,6
	Maxi discount	27,4	24,3	21,6	16,3	11,8	19,5
	Petite et moyenne surf alimentation générale + surgelés	6,7	4,4	2,8	2,8	3,7	3,9
	Commerce de détail alimentaire - magasin spécialisé	0,8	1,2	1,1	1,2	1,6	1,2
	Autres	1,7	0,7	0,7	1,1	1,3	1,1
	Hors magasin : catalogue, internet, marché, producteur	1,1	0,9	1,3	1,1	1,6	1,2
	Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ensemble alimentation (C01)	Grande surface alimentaire : hypermarchés "classiques"	25,2	29,1	30,4	33,7	30,7	30,2
	Grande surface alimentaire : supermarchés "classiques" + mag pop	25,2	27,2	28,4	27,0	26,7	27,0
	Maxi discount	18,1	15,4	14,0	10,8	7,0	12,4
	Petite et moyenne surf alimentation générale + surgelés	6,4	5,5	4,6	4,1	5,1	5,0
	Commerce de détail alimentaire - magasin spécialisé	14,7	13,1	12,9	13,9	17,3	14,6
	Autres	3,3	3,7	4,4	4,6	5,7	4,5
	Hors magasin : catalogue, internet, marché, producteur	7,0	6,1	5,3	5,9	7,5	6,4
	Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Champ : France métropolitaine

Source : enquête Budget de Famille 2006

premier quintile.

Annexe VI -1

**Evaluation de l'impact de l'obésité et des facteurs de risque nutritionnels sur les
dépenses de l'Assurance maladie**

Etablie sous la responsabilité de Marianne Berthod-Wurmser (IGAS)

Sommaire

1. Difficultés méthodologiques et coûts des déséquilibres alimentaires : une approche difficile.....	2
1.1. Manques et fragilité des données	2
1.2. De quels « coûts » parle-t-on ?.....	2
1.3. La démarche retenue	3
2. La part du poids de la maladie (<i>burden of disease</i>) attribuable à une alimentation déséquilibrée – données internationales.....	7
2.1. Le poids important, au niveau mondial, des facteurs de risque liés à la nutrition.....	8
2.2. La part attribuable à chaque facteur de risque individuellement.....	8
2.3. Les parts attribuables aux deux principaux groupes de pathologies dans les pays à haut revenus	9
3. La part des dépenses d'assurance maladie attribuable à l'obésité	13
3.1. Les estimations globales de la part des dépenses de santé et d'assurance maladie attribuable à l'obésité	13
3.2. Estimation complémentaire : la part des dépenses d'assurance maladie attribuable à l'obésité pour le cancer	20
3.3. Un « coût de l'obésité stricto-sensu » de 2,3 à 2,4 milliards d'€ pour l'assurance maladie..	24
4. De la part des dépenses liées à l'obésité à la part des dépenses liées à la nutrition	26
5. Dynamique des dépenses de l'assurance maladie pour le traitement de deux facteurs de risque : rôle limité de la nutrition dans les dernières années et inquiétude pour l'avenir	29
5.1. Coût de traitement des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires : prévalence élevée, extension du traitement à de nouvelles catégories de malades	30
5.2. Coût de traitement de l'hypertension et du diabète : une dynamique très forte mais une place de la nutrition dans cette évolution plus limitée	32
5.3. Pour l'avenir quelques projections à observer avec prudence.....	36

Résumé des conclusions

- Pour estimer « les coûts d'une alimentation déséquilibrée », les études disponibles (en France comme au niveau international) font en général intervenir divers *facteurs de risque* (obésité, pathologies comme le diabète ou troubles chroniques comme l'hypertension ou l'hypercholestérolémie) auxquels on reconnaît un lien fort avec l'alimentation et l'activité physique : sont attribués à l'alimentation, une partie des coûts directs de traitement de ces facteurs de risque (plus ou moins importante selon le rôle de l'alimentation dans leur survenue), ainsi qu'une partie des coûts des complications graves que peuvent entraîner ces facteurs de risque, tenant également compte du rôle joué par ces facteurs dans la survenue de ces pathologies.
- En termes de santé et mortalité, dans les pays à hauts revenus, le coût des facteurs de risque liés à la nutrition est élevé : dans l'ensemble de ces pays, les risques connus (alcool inclus), contribuent globalement de façon importante à une réduction de la qualité et de la durée de vie (au-delà de 30 ans, 28 % des « années de vie en bonne santé perdues » selon les experts mobilisés par l'OMS et la Banque mondiale).
- S'agissant des coûts financiers directs, les études nationales disponibles dans différents pays situent la part attribuable à l'excès de poids dans une fourchette allant de 2 à 7 % des dépenses de soins.
- En France, on ne sait situer de façon fiable que les « surcoûts » attribuables à l'obésité proprement dite (indice de masse corporelle supérieur à 30 kg/m²), en comparant les dépenses globales de soins pour des personnes obèses et des personnes de poids normal. L'IGAS retient, pour la première moitié de la décennie 2000, une estimation de l'ordre de 2,3 à 2,4 milliards d'€ de « surcoûts » de l'obésité pour les soins et les biens médicaux pris en charge par l'assurance maladie (qui dépensait pour l'ensemble des soins et biens médicaux dans cette période un peu plus de 100 milliards). Le « surcoût » global attribuable à une surcharge pondérale reste incertain : on sait que les personnes en surpoids sont environ deux fois plus nombreuses que les personnes obèses mais qu'individuellement, elles engagent beaucoup moins de dépenses de soins, on ne connaît cependant pas leur « surcoût moyen ».
- Les facteurs *alimentaires* contribuent à l'obésité mais ils n'en sont pas la seule cause. Comme l'excès de poids résulte de l'équilibre entre apports et dépenses énergétiques, pour un même « coût de l'obésité », la part attribuable à la seule *alimentation* n'est pas la même selon que l'on considère l'activité physique et la sédentarité comme des éléments plus ou moins susceptibles de contribuer efficacement à un meilleur équilibre.
- La croissance rapide des dépenses de l'assurance maladie concernant « les facteurs de risque liés à la nutrition faisant l'objet de traitements médicamenteux », comme l'hypertension, le diabète, l'hyperlipidémie, peut également faire naître des inquiétudes, qui en retour, conduisent à s'interroger sur les effets d'une nutrition déséquilibrée :
- 1- A examiner les données des dernières années, il apparaît que pour l'essentiel, les causes d'augmentation des coûts doivent être recherchées ailleurs, et probablement très peu ou pas du tout dans des facteurs alimentaires : modification des traitements, meilleure couverture de la population exposée, changements de seuils diagnostiques, vieillissement de la population...
- 2- Pour l'avenir, en revanche, la progression de l'obésité et du surpoids observée depuis une dizaine d'années conduit à anticiper une progression de la prévalence de ces troubles et pathologies chroniques, d'autant plus sensibles pour l'assurance maladie que le coût individuel des soins correspondants est devenu très élevé et qu'ils seront mieux surveillés. Pour certaines pathologies comme le diabète, des projections alarmantes - qui mériteraient d'être consolidées - ont été proposées.

1. DIFFICULTÉS MÉTHODOLOGIQUES ET COÛTS DES DÉSÉQUILIBRES ALIMENTAIRES : UNE APPROCHE DIFFICILE

1.1. Manques et fragilité des données

Evaluer les coûts d'un facteur de risque pour la santé comme l'alimentation se heurte à des obstacles de différentes natures :

- difficulté d'identifier des coûts par pathologie (d'autant que les catégories de pathologies doivent être assez fines : seuls certains cancers particuliers, par exemple, sont concernés) ;
- incertitudes sur l'ampleur de l'impact des facteurs de risque sur la survenue de ces pathologies, et sur leur prévalence ;
- interaction étroite et complexe entre divers facteurs de risque ;
- temps d'exposition au risque et de développement des pathologies mal connus

Une étude (inachevée) réalisée à la demande de la DGS par plusieurs experts du Conservatoire national des arts et métiers sous la responsabilité de Jean de Kervasdoué intitulée « *Nutrition et économie de la santé : quelles sont, quelles pourraient être, les conséquences sur les dépenses de santé d'une nutrition adaptée ?* » (2006) a passé en revue l'ensemble des données qui seraient nécessaires pour réaliser une telle évaluation dans des conditions convenables pour chacun des troubles de santé liés à la nutrition (carences diverses, facteurs de risque des maladies cardiovasculaires ou d'autres maladies comme l'ostéoporose, diabète, cancers, coronaropathies et maladies cérébro vasculaires). Le modèle mis au point est théoriquement tout à fait satisfaisant, mais les auteurs concluent que l'évaluation s'avère aujourd'hui globalement impossible en suivant une méthode analytique qui intègre un grand nombre de probabilités dans un chaînage complexe : les chaînons manquants (pour lesquels on ne possède pas les paramètres scientifiques ou les données de base) sont majoritaires. Seuls des chiffres très partiels, à partir desquels il n'est possible de tirer aucune conclusion d'ensemble, sont réalisés. Le mérite de ce travail est méthodologique d'abord ; c'est aussi d'avoir entrepris une étude bibliographique très approfondie, qui permet de bien identifier des orientations d'étude ou de recherche ultérieures.

1.2. De quels « coûts » parle-t-on ?

Diverses approches des « coûts » peuvent apporter des éclairages différents :

- Une démarche qui vise à évaluer, dans le « fardeau » (*burden*) que la maladie fait peser globalement sur les sociétés (au-delà du coût des soins), la part « attribuable » à un facteur de risque. Cette approche se situe dans la lignée la construction d'un outil d'aide à la décision en santé publique tenant compte de données non financières, en particulier de la durée et de la qualité de vie. Elle utilise comme indicateur le « nombre d'années de vie en bonne santé perdues » en conséquence de différentes maladies, sur lesquelles les facteurs de risque ont un impact. Un groupe d'experts réunis par des institutions internationales (Banque mondiale, OMS, BIRD) et les *National Institutes of Health (Fogarty International Center)* américains, a développé cette approche dans un rapport intitulé *Global burden of disease and risk factors* publié en 2006. Les résultats de ces travaux, quantifiés, apportent plusieurs éclairages intéressants, relativement nouveaux.
- Une démarche visant à mesurer les « coûts économiques », directs et indirects, des facteurs de risque associés à différentes maladies. On tient compte alors des coûts pour les institutions sociales et d'autres acteurs économiques : coût global des soins (supporté par tous les financeurs), coût des indemnités maladie et pensions d'invalidité pour la sécurité sociale et plus largement, coût de l'absentéisme au travail pour les entreprises, comme à l'inverse « économie » sur les pensions de retraites, conséquences pour l'emploi etc. L'étude de l'Institut national du cancer, citée plus loin, intègre une telle approche pour ce qui concerne les coûts indirects du cancer.

- Une démarche centrée exclusivement sur les « coûts des soins ». Ces coûts sont majoritairement supportés par l'assurance maladie : Les « coûts induits par une alimentation déséquilibrée » peuvent être rapportés :
 - à la dépense courante de santé (198,3 milliards d'€ selon les comptes nationaux 2006) ou seulement à la dépense de soins et biens médicaux (156,6 milliards d'€)¹, si on parle des coûts induits supportés par les malades et l'assurance maladie ;
 - au financement assurance maladie de la dépense courante de santé (136,5 milliards d'€) ou au financement assurance maladie de la dépense de soins et biens médicaux (120,6 milliards d'€) si on parle des coûts induits pour l'assurance maladie seule.Certaines études se limitent aux dépenses de l'assurance maladie, d'autres se réfèrent à la dépense nationale courante de santé, dans des conditions pas toujours très claires. L'une et l'autre approches se justifient – l'essentiel étant de proposer des calculs cohérents avec le choix initial.

1.3. La démarche retenue

Dans un premier temps sont présentés les travaux internationaux relatifs à l'évaluation globale de la part du « *burden of disease* » (c'est-à-dire les « coûts » en qualité et durée de vie) liée à l'alimentation et à certains facteurs de risque.

L'approche des « coûts indirects », à la fois très incertaine, peu documentée et éloignée de l'objet du mandat de la mission n'a pas été approfondie.

A donc été privilégiée l'approche des coûts pour l'assurance maladie. Les études disponibles sont en nombre restreint, et leur éventail réduit a guidé la démarche :

- Aucune étude directe et complète des dépenses d'assurance maladie liées à la nutrition n'est disponible pour la France. En revanche, plusieurs tentatives y ont été réalisées depuis 15 ans pour évaluer les coûts globaux liés à l'obésité. Dès lors, l'estimation des coûts n'inclut pas la prise en charge de pathologies liées à un facteur nutritionnel touchant des patients qui ne sont pas atteints par une obésité (par exemple l'excès de sel, qui a un impact sur les maladies cardiovasculaires, ne débouche pas nécessairement sur une prise de poids).
- « Hors excès pondéral », il a été jugé qu'on ne disposait guère de moyens pour pallier l'absence de données globales. Les développements qui suivent font donc état d'une évaluation passant par l'obésité, mais après discussion de deux points :
 - o Les méthodes d'évaluation reposent notamment sur des données d'enquête couvrant plus ou moins bien certaines catégories de dépenses. Après avoir proposé de retenir l'étude qui paraît aujourd'hui la plus pertinente, mais seulement pour les dépenses liées à l'obésité proprement dite (indice de masse corporelle (IMC) > 30kg/m², « surpoids » c.-à-d. 25 < IMC < 30kg/m² - exclu), la mission a donc complété cette évaluation par celle des effets de l'obésité sur le cancer, qui n'étaient pas inclus dans l'étude d'ensemble.
 - o Le cas des personnes non pas *obèses* mais *en surpoids*, que l'étude retenue ne couvre pas, ne peut faire l'objet que d'évaluation très incertaines.
- L'obésité n'a pas la nutrition pour seul facteur de risque. D'autres facteurs interviennent, et notamment :
 - o Des prédispositions génétiques. Bien que leur impact soit sensible au niveau individuel, ou lorsqu'on compare deux populations, on peut tenir ce facteur pour à peu près constant dans le temps pour une même population. On n'approfondira donc guère ce point, qui n'est pas à la portée d'une politique publique. En revanche, cette observation conduit à rappeler utilement que « même si la nutrition était parfaite, le niveau de l'obésité (avec ses conséquences pathologiques), ne serait pas nul » : l'évaluation précédente est donc une évaluation par excès, une partie du coût de l'obésité étant due à ces facteurs « incompressibles ».

¹ Ce qui exclut principalement les dépenses de prévention, de recherche, de gestion, de formation, ainsi que les indemnités journalières et les dépenses pour les personnes âgées.

- o La dépense énergétique liée à l'activité physique. L'obésité ayant pour origine un déséquilibre entre apports (alimentaires) et dépenses énergétiques (dont l'activité physique est la seule part « variable » sur laquelle peut s'exercer une action directe), il conviendrait de tenir compte de ce facteur dans toute la mesure du possible.
- Les évaluations précédentes sont complétées par une analyse de la « dynamique » de certaines dépenses (traitement des deux troubles les plus importants de santé : diabète et hypertension), dont la progression est particulièrement rapide. Pour le passé d'une part : on se demandera dans quelle mesure la progression des dépenses de soins correspondante peut être attribuable à une évolution des états nutritionnels ? Pour l'avenir d'autre part : quelle progression de ces dépenses peut être attendue ?
- Le présent chiffrage ne fait donc état :
 - o ni de l'ensemble des coûts pour l'assurance maladie de la consommation d'alcool, sur lesquels il n'existe que des données assez anciennes² qui n'ont pu être actualisées dans les délais impartis, sauf pour le cancer ;
 - o ni des coûts pour l'assurance maladie des facteurs liés à la nutrition n'ayant pas entraîné de surcharge pondérale (par exemple dépenses relatives à des personnes dont l'hypertension, le taux de cholestérol, ou des pathologies cancéreuses découlerait pour partie de l'alimentation, sans pour autant entraîner de surpoids ; dépenses relatives à l'ostéoporose ou aux caries dentaires ; dépenses relatives à des maladies liées à l'absence de consommation suffisante de fruits et légumes ou de fibres, etc), pour lesquelles aucune estimation fiable n'a été identifiée dans la littérature

La bibliographie de référence est indiquée en tête de chacun des paragraphes développés selon ce fil directeur. L'encadré suivant rappelle l'essentiel des définitions et des difficultés qui peuvent être rencontrées dans l'usage de certaines notions techniques utilisées dans cette annexe et dans le rapport.

² Ces données figurent dans l'annexe IV relative à la situation nutritionnelle

Facteurs de risque et « parts (ou fractions) attribuables »

L'incidence d'une maladie est le nombre de *nouveaux* cas observés, dans une période donnée, dans une population donnée. Elle s'exprime en valeur absolue ou en % de la population (incidence relative).

La prévalence d'une maladie est le nombre *total* de cas observés dans une population donnée, à un moment donné. Elle s'exprime en valeur absolue ou en % de la population. La prévalence dépend à la fois de *l'incidence* et de la *durée* de la maladie. La prévalence de maladies chroniques (diabète, hypertension...) est de ce fait élevée ; la prévalence de pathologies qui se manifestent par épisodes courts, qu'elles soient graves ou non, tend à l'être moins.

Facteurs de risques et facteurs protecteurs : certains éléments (patrimoine génétique, comportements, âge, situations de santé...) peuvent favoriser l'apparition d'une maladie ou au contraire la retarder ou diminuer sa fréquence. Deux approches *simultanées* conduisent à les considérer comme des « facteurs de risque » (ou inversement comme « facteurs protecteurs ») :

- une relation statistique. Une population *exposée* à un facteur de risque développe plus fréquemment la pathologie qu'une population *non exposée*, *indépendamment* de l'interférence d'autres facteurs ayant une influence connue (structure par âge ou structure sociale de la population, autre pathologie...). Le rapport entre l'incidence de la pathologie sur la population exposée et l'incidence de la pathologie sur la population non exposée (*risque relatif*) donne une mesure de l'importance de cet « impact ». Il est en principe constant, indépendant de la population observée. Plus le risque relatif est nettement supérieur à 1, plus le facteur de risque est important ; plus il est nettement inférieur à 1, plus le facteur est protecteur.
- des éléments d'analyse (biomédicale) permettant d'établir ou au moins de faire des hypothèses plausibles concernant une explication mécanistique du phénomène statistique observé.

L'identification d'un facteur de risque (ou protecteur) nécessite donc une concertation entre experts et de nombreux résultats d'études convergents. L'OMS, dans sa publication de 2003, indique si l'argumentation concernant l'influence d'un facteur de risque (ou protecteur) lui paraît « convaincante », « probable », « possible » ou « insuffisante ». Mais l'OMS ne donne pas d'indication chiffrée concernant l'impact réel du facteur, qui nécessite le calcul d'une « part attribuable », variable selon les pays.

On notera que lorsque deux maladies (ou états de santé) sont fréquemment associées, l'une peut éventuellement être considérée comme « facteur de risque » de l'autre ou inversement. Ce point peut être source de confusion.

Part [de l'incidence d'une maladie] attribuable à un facteur de risque

Lorsqu'on parle de « part attribuable » à un facteur de risque sans précision, c'est en général implicitement à la part de la survenue (*incidence*) de la maladie qu'on se réfère.

La contribution d'un facteur de risque à l'incidence d'une maladie, *dans une population*, est liée à deux éléments :

- le *risque relatif* propre à ce facteur pour cette maladie ;
- la prévalence de ce facteur de risque *dans la population considérée*.

D'une population, d'une société à une autre, les « parts attribuables » à un même facteur de risque pour une maladie peuvent donc varier considérablement. Ainsi, la part attribuable à un excès de poids dans la survenue de l'hypertension varie-t-elle respectivement de 11 % à 25 % selon que l'on considère l'Italie (où le surpoids et l'obésité sont rares) ou les Etats-Unis (où ce facteur de risque est particulièrement fréquent) ; un apport trop faible de potassium contribue à l'hypertension pour 4% en Finlande et 17 % aux Etats-Unis.

On ne raisonne donc pas par « partition » ; le total des « parts attribuables » à un facteur n'est pas égal à 100. Les « parts attribuables » à divers facteurs n'expliquent pas entièrement la survenue de la maladie, mais seulement « la part (variable) que l'on sait attribuer à ces facteurs en l'état des connaissances ». La part que l'on sait « expliquer » peut varier pour une même maladie et un même facteur de risque selon les populations (pays).

La part attribuable conjointement à plusieurs facteurs peut être nettement inférieure ou supérieure à la somme des parts individuellement attribuables à chacun d'entre eux, pour diverses raisons tenant aux mécanismes complexes en jeu :

- interaction de déterminants agissant simultanément (exemple : l'effet conjoint du tabac et de l'alcool est supérieur à la somme des effets propres du tabac et de l'alcool),
- action simultanément directe et par l'intermédiaire d'autres facteurs de risque (exemple : le sel intervient sur l'hypertension, mais a aussi par ailleurs un impact sur l'indice de masse corporelle (IMC) qui influe sur l'hypertension),
- corrélation de plusieurs facteurs à un même facteur distant, biologique ou social (statut social par exemple) ...

Additionner les parts attribuables à plusieurs facteurs expose au risque de sous estimation ou de « double compte ».

Estimation de la *part des dépenses* [pour une maladie ou pour l'ensemble des maladies] attribuable à un facteur de risque

Les dépenses de soins sont couvertes par l'assurance maladie, les patients et leur « complémentaire » personnelle. Si on s'intéresse principalement aux *coûts des soins* pour l'assurance maladie, « attribuer » à un facteur de risque une *part des dépenses* d'une année donnée, est un moyen d'approcher le montant (maximum) des économies que la sécurité sociale pourrait faire si le facteur de risque « disparaissait » (ce qui est évidemment impossible du jour au lendemain, la plupart des facteurs de risque ayant des impacts à très long terme).

En tout état de cause, la *part de dépenses* attribuable à un facteur de risque dépend des *risques relatifs* propres à ce facteur de risque pour les maladies sur lesquelles il a un impact, de la *prévalence* de ce facteur de risque dans la population considérée, mais aussi des *coûts moyens des soins par malade*. On constate logiquement qu'un facteur de risque dont la « part attribuable » (en termes d'incidence) est faible peut être à l'origine d'une « *part de dépenses* » importante pour une maladie « coûteuse ».

Un facteur de risque a un impact sur plusieurs maladies ; certaines sont elles-mêmes des « facteurs de risque » pour d'autres maladies : la nutrition a un impact sur l'obésité (qui peut être soignée), facteur de risque de l'hypertension (générant des dépenses moyennes pour beaucoup de personnes), elle-même facteur de risque d'accidents vasculaires, de coronaropathies... (générant des dépenses élevées pour un petit nombre de personnes). La « part des dépenses d'assurance maladie attribuable à la nutrition », tient compte de ces trois catégories de dépenses au cours d'une année (elle ne tient donc pas compte du temps variable nécessaire à l'apparition de ces différents troubles ou pathologies).

Une des plus grandes difficultés rencontrées en France pour calculer « combien coûte un facteur de risque » (c'est-à-dire la part des dépenses effectives d'une année attribuable à ce facteur), est qu'on ne connaît pas bien les dépenses par pathologies. Seules les dépenses engagées pour soigner une des 30 « affections de longue durée » (ALD₃₀) qui ouvrent droit à un remboursement à 100% par l'assurance maladie peuvent être rapportées à une pathologie précise. Ensemble, ces pathologies représentent environ 60 % des dépenses de l'assurance maladie. Les informations nécessaires ne sont cependant pas disponibles pour certains motifs de recours aux soins ou sont incomplètes (c'est le cas par exemple pour l'hypertension : seule l'hypertension « sévère » (définie par des critères médicaux précis qui ne concernent qu'une partie des hypertendus) est admise en ALD₃₀).

Un indicateur de la charge globale qu'impose un facteur de risque à une société : le « *burden of disease* »

Les démographes, les économistes et les épidémiologistes ont mis au point un indicateur non monétaire : le *burden of disease* (charge de la maladie) qui se calcule en « nombre d'années de vie en bonne santé perdues » (par rapport à une durée de vie « normale » moyenne). Dans le même esprit que les « parts de dépenses attribuables à un ou plusieurs facteur de risque », on peut évaluer la « part de *burden of disease* attribuable à un ou plusieurs facteurs de risque ». Mais pour un même facteur, les deux « parts » ne seront pas équivalentes : les dépenses dépendent du coût moyen des soins, le *burden of disease*, de l'âge des personnes atteintes, de la chronicité des troubles et des incapacités qu'ils entraînent, de la létalité : une personne emportée inopinément par une attaque à 20 ans ne pèse guère dans les dépenses d'assurance maladie, mais toute la durée de la vie qu'elle n'aura pas vécue « pèse » dans le *burden of disease*. Ce sont deux éclairages complémentaires.

2. LA PART DU POIDS DE LA MALADIE (*BURDEN OF DISEASE*) ATTRIBUABLE À UNE ALIMENTATION DÉSÉQUILBRÉE – DONNÉES INTERNATIONALES

Sources :

- 1- Lopez A, Mathers C, Ezzaty M, Jamison D, Murray Ch, *Global burden of disease and risk factors*. Oxford University press et Banque mondiale, 2006. Travaux soutenus par la Banque mondiale, l'OMS, la BIRD, et les NIH (Fogarty international center).

Pour éclairer leurs politiques au niveau global, diverses institutions internationales engagées dans le programme international « *Disease control priorities project* » se sont attachées à chiffrer et comparer, au niveau mondial et pour chaque grande région du monde, les parts de mortalité et de « *burden of disease* » attribuables aux principaux facteurs de risque connus. Plusieurs sont liés à l'alimentation. Ces travaux ont tenu compte des relations entre les différents facteurs et de leurs effets séparés ou conjoints. L'étude a été réalisée par un ensemble d'universitaires experts appartenant à diverses disciplines, qui se sont fondés sur la littérature et les données disponibles au niveau international et ont modélisé certains calculs. Elle a été publiée en 2006. Elle donne des résultats par groupes de pays et porte sur différentes pathologies ou groupes de pathologies (dont les cancers et pathologies cardiovasculaires), et 19 facteurs de risque. Ces facteurs ont été sélectionnés à la fois en raison de leur rôle important et connu dans la survenue de différentes maladies au niveau mondial, et aussi, plus pragmatiquement, en tenant compte des données disponibles³. L'intérêt de ces résultats est double :

- Ils permettent d'apprécier l'impact des facteurs nutritionnels ou, à défaut, de facteurs qui leur sont directement liés, dans l'ensemble des pays comparables à la France (pays à hauts revenus), sur la durée et la qualité de vie (instrument de mesure non monétaire universel). Ces résultats sont intéressants en eux-mêmes si on admet que les objectifs de la puissance publique ne sont pas seulement de réduire des dépenses mais d'apporter du bien-être à la population – durée et qualité de vie en étant des éléments importants.
- Le travail considérable de quantification détaille les effets *propres* ou *conjoints* des facteurs de risque sur dix grands groupes de pathologies. Dans les pays à hauts revenus, seuls 45 % de la mortalité et 34 % du « *burden of disease* » peuvent être expliqués par l'action *conjointe* des 19 facteurs étudiés. Autrement dit, ces 19 facteurs, n'expliquent pas « tout le *burden of disease* ». On voit aussi que le montant des parts attribuables *conjointement* à certains ensembles (*clusters*) de facteurs de risque, évalué pour certaines pathologies (voir par exemple ci-dessous tableaux 1 et 2) diffère de l'agrégation de leurs effets *propres* respectifs. Comme nous ne disposons pas de distinctions aussi fines sur les effets propres et conjoints des facteurs de risque sur les dépenses de soins, les données de cette étude permettent aussi une première approche de cette problématique complexe, qui pourrait être transposée pour une estimation financière.

³ Ces facteurs sont répartis en six groupes :

- *sous-nutrition maternelle et infantile* : poids infantile insuffisant, anémie liée à une déficience en fer, déficience en vitamine A, déficience en zinc ;
- *autres facteurs de risque liés à la nutrition et à l'activité physique* : pression artérielle élevée (HTA), cholestérol élevé, consommation insuffisante de fruits et légumes, sédentarité ;
- *substances addictives* : tabac, alcool, drogues illicites ;
- *santé sexuelle et reproductive* : rapports non protégés, utilisation inefficace et non utilisation de méthodes contraceptives ;
- *risques environnementaux* : insuffisance de la qualité de l'eau, des installations sanitaires et de l'hygiène, pollution de l'air urbain, émanations des combustibles solides de chauffage ;
- *autres risques* : contaminations par injection en milieu sanitaire, abus sexuels des enfants.

2.1. *Le poids important, au niveau mondial, des facteurs de risque liés à la nutrition*

Au vu des résultats, les auteurs sont conduits à souligner le poids important, au niveau mondial, des facteurs de risque en relation directe avec la nutrition humaine. Ces facteurs sont :

- Un poids infantile insuffisant et des déficiences en micronutriments. Leur part est estimée *conjointement* à 11 % du « *burden of disease* » mondial, avec un poids plus important dans les pays à revenus faibles ou moyens,
- Un régime alimentaire et une activité physique inadaptés, en lien direct avec cinq des facteurs de risque étudiés : HTA – cholestérol - surpoids et obésité - consommation insuffisante de fruits et légumes - sédentarité, auxquels est *conjointement* attribuée une part du « *burden of disease* » de 16 % pour l'ensemble de la population au niveau mondial, et de 28 % si on ne tient compte que de la population âgée de 30 ans et plus.

L'étude ne présente malheureusement pas d'analyse plus détaillée pour ce groupe de facteurs en grande partie nutritionnels.

2.2. *La part attribuable à chaque facteur de risque individuellement*

Les experts ont calculé des parts du « *burden of disease* » attribuées *individuellement* à chaque principal facteur de risque pour les pays à haut revenus et à revenus faibles ou moyens.

Tableau 1 - Pays à hauts revenus – part de *burden of disease* attribuable *individuellement* aux principaux facteurs de risque

Risques liés à la nutrition		Autres risques	
Facteur	Parts du <i>burden of disease</i> qui lui sont attribuables	Facteur	Parts du <i>burden of disease</i> qui lui sont attribuables
HTA	9,3 %	Tabac	12,9 %
Surpoids et obésité	7,2 %	Sédentarité	2,1 %
Cholestérol	6,3 %		
Alcool	4,4 %		
Consommation insuffisante de fruits et légumes	2 %		

On souligne que ces chiffres ne sont pas fondés sur la seule incidence des pathologies liée aux différents facteurs de risque, mais qu'ils tiennent compte aussi – c'est là tout leur intérêt – de la diminution des durées de vie et de la qualité de vie qu'ils induisent : de ce point de vue, l'hypertension, l'excès pondéral, le cholestérol auraient respectivement, au niveau mondial, un impact plus élevé que l'alcool ou l'insuffisante consommation de fruits.

Ces facteurs de risques ont un impact *conjoint* particulièrement élevé principalement sur les maladies cardiovasculaires, et à un moindre degré sur l'ensemble des pathologies cancéreuses.

On notera que dans les pays à revenus bas ou « moyens », les facteurs de risque caractéristiques des pays pauvres (insuffisance nutritionnelle, problèmes d'hygiène et maladies infectieuses), sont dominants, mais que les facteurs d'origine nutritionnelle, plus caractéristiques des pays riches, y interviennent cependant désormais aussi de façon sensible, quoiqu'avec un ordre d'importance différent.

Tableau 2 - Pays à revenus faibles ou moyens – part de *burden of disease* attribuable individuellement aux principaux facteurs de risque

Risques liés à la nutrition		Autres risques	
Facteur	Parts du <i>burden of disease</i> qui lui sont attribuées	Facteur	Parts du <i>burden of disease</i> qui lui sont attribuées
Poids infantile insuffisant	8,7 %	Rapports sexuels non protégés	5,8 %
HTA	5,7 %	Tabac	4 %
Alcool	3,6 %	Insuffisance de l'hygiène, des installations sanitaires et de la qualité de l'eau	3,7 %
Cholestérol	3,3 %	Emission de combustibles solides pour le chauffage	3 %
Consommation insuffisante de fruits et légumes	2,3 %		
Surpoids et obésité	2,2 %		

2.3. Les parts attribuables aux deux principaux groupes de pathologies dans les pays à haut revenus

Pour les pays à hauts revenus⁴, l'étude présente un tableau détaillé pour deux groupes de pathologies.

2.3.1. Maladies cardio vasculaires

Les pathologies cardiovasculaires sont à l'origine de 20 % du *burden of disease* total dans les pays à haut revenus. Dans cet ensemble, la somme des parts attribuables *isolément* aux facteurs de risque identifiés (voir tableau 3) est nettement supérieure à leur part *conjointe*, qui est évaluée à 69 %.

Tableau 3 – Ensemble des maladies cardiovasculaires : part du *burden of disease* spécifique attribuable individuellement aux différents facteurs de risque dans les pays à haut revenus

Risques liés à la nutrition		Autres risques	
Facteur	Parts du <i>burden of disease</i> / MCV qui lui sont attribuées	Facteur	Parts du <i>burden of disease</i> / MCV qui lui sont attribuées
HTA	46 %	Tabac	21 %
Cholestérol	32 %	Sédentarité	11 %
Surpoids et obésité	19 %	Pollution de l'air en milieu urbain	1 %

⁴ On n'a pas repris ici les résultats concernant un troisième groupe, moins directement en relation avec la nutrition en France («mortalité infantile»).

Consommation insuffisante de fruits et légumes	11 %		
Alcool	-8 % ¹		

¹ L'alcool aurait un double effet positif et négatif sur ce groupe de pathologies, et il est considéré dans cette étude au total comme un facteur protecteur.

Pour quelques pathologies cardiovasculaires particulières le tableau 4 synthétise une analyse des parts attribuables à ces facteurs. L'importance des facteurs de risque « liés à la nutrition » est à souligner. L'analyse n'est pas assez détaillée toutefois pour permettre d'isoler dans cet ensemble la part *conjointe* attribuable aux seuls facteurs liés à la nutrition (ni pour quantifier les parts attribuables à l'alimentation elle-même).

Tableau 4 - Maladies cardiovasculaires dans les pays à hauts revenus : part du *burden of disease* spécifique attribuable *conjointement* à différents facteurs de risque

Pathologie	Facteurs de risque	Part du <i>burden of disease</i> / MCV, attribuables <i>conjointement</i> à ces facteurs
Maladies cardiaques ischémiques	HTA, cholestérol, tabac, surpoids et obésité, sédentarité, consommation insuffisante de fruits et légumes, pollution de l'air urbain, alcool	84 %
Accidents vasculaires cérébraux	HTA, cholestérol, tabac, surpoids et obésité, sédentarité, consommation insuffisante de fruits et légumes, pollution de l'air urbain, alcool	68 %
Maladies Hypertensives	HTA, surpoids et obésité, alcool, pollution	91 %
Autres maladies cardiovasculaires sélectionnées ⁵	HTA, tabac	46 %
Ensemble des pathologies cardio vasculaires	HTA, cholestérol, tabac, surpoids et obésité, sédentarité, consommation insuffisante de fruits et légumes, pollution de l'air urbain, alcool	69 %

2.3.2. Cancers

Les cancers sont à l'origine de 17 % du *burden of disease* total dans les pays à haut revenus. Dans cet ensemble, la somme des parts attribuables *isolément* aux facteurs de risque identifiés (de l'ordre de 47 %) est supérieure à leur *part conjointe*, qui est évaluée à 37 %.

Tableau 5 – Ensemble des cancers : part du *burden of disease* du cancer spécifique attribuable *individuellement* aux différents facteurs de risque dans les pays à haut revenus

Risques liés à la nutrition	Autres risques

⁵ Cet ensemble inclut les pathologies suivantes de la classification internationale des maladies : codes 415-417 maladies de la circulation pulmonaire, 423-429 autres formes de maladies cardiaques, 440-448 maladies des artères artérioles et des capillaires, 451-459 maladies veineuses et lymphatiques et autres maladies de l'appareil circulatoire.

Facteur	Parts du <i>burden of disease</i> / cancer qui lui sont attribuées	Facteurs	Parts du <i>burden of disease</i> / cancer qui lui sont attribuées
Alcool	5 %	Tabac	29 %
Surpoids et obésité	4 %	Sédentarité	3 %
Consommation insuffisante de fruits et légumes	3 %	Rapports sexuels non protégés	1 %
		Pollution de l'air en milieu urbain	1 %
		Contaminations par injection en milieu sanitaire	0,5 %

Les parts attribuables à ces facteurs sont très différentes selon les localisations des cancers. Mais pour *aucun* autre cancer ⁶elle n'identifie de part attribuable aux 19 facteurs de risques étudiés.

Le tableau 6 synthétise une analyse plus précise des parts attribuables à certains facteurs pour différentes localisations : on constate que la présence de facteurs liés à la nutrition est moins fréquente que pour les maladies cardiovasculaires et que leur impact sur les cancers apparaît globalement moins élevé. Sans négliger les facteurs ayant un rapport avec la nutrition, on notera ici le poids très prépondérant des parts attribuables au tabac.

Tableau 6- Cancers dans les pays à hauts revenus : part du *burden of disease* attribuable conjointement à différents facteurs de risque

Localisation du cancer	Facteurs de risque pour cette localisation	Part du <i>burden of disease</i> attribuable conjointement à ces facteurs
Cavité buccale et oropharynx	Alcool, tabac	80 %
Œsophage	Alcool, tabac, consommation insuffisante de fruits et légumes	86 %
Estomac	Tabac, consommation insuffisante de fruits et légumes	35 %
Colon et rectum	Surpoids et obésité, sédentarité, consommation insuffisante de fruits et légumes	17 %
Foie	Tabac, alcool, contamination par injection en milieu sanitaire	54 %
Pancréas	Tabac	30 %
Trachée, bronches, poumons	Tabac, faible consommation de fruits et légumes, pollution de l'air en milieu urbain	86 %

⁶ A l'exception de types de tumeurs marginaux classés par la classification internationale des maladies dans la catégorie « cancers » : tumeurs bénignes, carcinomes in situ, tumeurs évolution imprévisibles.

- Annexe VI-1, page 12 -

Sein	Alcool, surpoids et obésité, sédentarité	26 %
Col de l'utérus	Tabac, rapports sexuels non protégés	100 %
Utérus	Surpoids et obésité	46 %
Vessie	Tabac	41 %
Leucémie	Tabac	15 %
Autres cancers sélectionnés ⁷	Alcool	9 %
Toutes pathologies cancéreuses	Tabac, alcool, surpoids et obésité, consommation insuffisante de fruits et légumes, sédentarité, pollution de l'air en milieu urbain, rapports sexuels non protégés, contamination par injection en milieu sanitaire (8 facteurs)	37 %

⁷ Cancers des catégories 210 à 239 de la classification internationale des maladies (codification à 3 chiffres).

3. LA PART DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE ATTRIBUABLE À L'OBÉSITÉ

Pour apprécier la part de la nutrition dans les dépenses de l'assurance maladie, un détour par l'obésité et le surpoids est inévitable compte tenu des données disponibles. Seul l'impact du facteur de risque « obésité » a réellement fait l'objet d'évaluations financières.

On compte quatre publications dédiées en France à une évaluation des coûts de l'obésité depuis 1995, dont trois orientées vers l'estimation d'un « coût » global ; l'article de A Expert (4) n'évalue en effet que les dépenses réalisées en médecine de ville. Les estimations des deux articles plus anciens posent aujourd'hui de réels problèmes de fiabilité et d'ancienneté des données ; le plus récent a pu s'appuyer sur une documentation moins lacunaire, mais seule son estimation des coûts de l'obésité proprement dite serait à retenir.

La méthode centrale de toutes les études citées ci-dessus est pour l'essentiel identique : on cherche à apprécier des « surcoûts de l'obésité » (ou du surpoids) par différence entre les coûts des soins engagés pour une population de poids normal et les coûts des soins engagés pour une population obèse (ou en surpoids).

Bien que l'obésité soit un facteur de risque certain du diabète et l'hypertension, il ne peut être question de considérer que toute dépense, dès lors qu'elle concerne une personne obèse, est due à son obésité – même s'il s'agit du coût des traitements de ces facteurs de risque. Au demeurant, on verra (tableau 15) que 20 % des hypertendus, 23% des diabétiques, 30% des dyslipidémiques ne présentent pas de surcharge pondérale : le lien entre ces troubles et l'obésité est bien celui, « probabiliste » (voir encadré ci-dessus), d'un facteur de risque avec une pathologie et ne permet pas d'aller plus loin. Doivent notamment ainsi être écartés les chiffrages qui évaluent des « coûts de l'obésité » en considérant les coûts de traitements reçus par des hypertendus obèses, des diabétiques obèses ou des malades obèses atteints de toute autre pathologie. Les additionner induirait de surcroît le risque de compter deux fois les mêmes malades et les mêmes traitements puisqu'on connaît la fréquence des malades atteints de plusieurs troubles et des traitements par plusieurs types de médicaments (tableau 17). Parmi les chiffres alarmants qui circulent, il convient de sélectionner avec attention ceux qui sont bâtis sur des méthodologies acceptables.

Les méthodes et résultats de travaux conduits dans les quatre études citées sont donc d'abord passés en revue : au-delà de leur méthode centrale commune, ils diffèrent par leur ancienneté, par la validité de leurs sources et par de nombreux autres choix méthodologiques.

3.1. Les estimations globales de la part des dépenses de santé et d'assurance maladie attribuable à l'obésité

Sources :

- 2- E Lévy et al, *International journal of obesity* 1995-19. *The economic cost of obesity : the French situation*
 - 3- B Detournay et al., *International journal of obesity* 2000-24, *Obesity morbidity and health care costs in France : an analysis of the 1991-1992 medical household survey*
 - 4- A Expert, CNAM – Point stat n° 42 juin 2005 *Corpulence et consommation médicale*
 - 5- C. Emery et al., *Presse médicale* 2007-36, *Evaluation du coût associé à l'obésité en France*
 - 6- World Cancer Research Fund : “Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer, : a Global Perspective”.(novembre 2007) Part II, Chapter 4 : “foods and drinks” ; chapter 8 : “determinants of weight gain, overweight, obesity” .
-

3.1.1. Première estimation globale, sur des données 1992 (dépenses de soins et de biens médicaux, tous financeurs) : 0,9 milliards d'€ pour un IMC>30 et 1,8 Milliards d'€ pour un IMC>27 (obésité + une partie du surpoids) soit 2 % des dépenses de soins tous financeurs.

L'évaluation publiée en 1995 par E Lévy et al. (2) porte sur l'ensemble des coûts des soins (remboursés ou non par l'assurance maladie), engagés pour tous les sujets obèses ou en surpoids important ($\text{IMC} > 27 \text{ kg/m}^2$) ; elle décompte séparément les dépenses concernant un ensemble de pathologies considérées comme associées à l'obésité ; les auteurs proposent aussi une estimation des coûts économiques indirects de l'obésité (réduite en fait aux pertes de production dues à l'absentéisme) et une tentative pour appréhender la part de la mortalité qui lui serait due. Nous ne présentons ici que les résultats portant sur les coûts des soins.

3.1.1.1. Méthodes

Deux seuils sont définis pour qualifier « l'obésité » (sic) : $\text{IMC} > 30 \text{ kg/m}^2$ (soit une prévalence de 6,2 % de l'ensemble de la population selon les données recueillies par les auteurs) ou $\text{IMC} > 27 \text{ kg/m}^2$. (soit une prévalence de 16,7 %). Les pathologies sont sélectionnées parce qu'elles ont un lien avec l'obésité bien identifié au début des années 1990 dans la littérature (cf. tableau 7). Les proportions de cas attribuables à l'obésité pour ces différentes pathologies sont évaluées au vu de la littérature concernant la France ; les risques relatifs (voir encadré) pour les personnes obèses sont évalués sur des données internationales diverses (rarement convergentes, soulignent les auteurs).

Les principaux problèmes posés par cette méthode sont les suivants : Les données de prévalence semblent fragiles⁸. La liste des pathologies retenues peut être contestée. Les coûts relatifs à ces pathologies sont reconstitués à partir de différentes sources, également très fragiles⁹. La méthode conduit à additionner les parts attribuables (en utilisant les ratios disponibles au milieu des années 1990) à différentes pathologies (et à l'obésité qui les a induites) dans les dépenses de santé, ce qui est méthodologiquement contestable. Les auteurs précisent qu'ils ont été conduits à choisir systématiquement dans les données hétérogènes de la littérature disponibles au début des années 1990, les risques relatifs les plus faibles ; ces données sont en outre anciennes. Les coûts relatifs par pathologie ont également beaucoup varié depuis cette date (voir ci-dessous la dynamique des dépenses). Enfin les auteurs ne signalent pas d'ajustement sur les facteurs sociodémographiques du risque (point sensible : voir plus loin les estimations de A. Expert sur les effets de structure par âge).

3.1.1.2. Résultats

Lévy et al. estiment que l'impact de l'obésité en France sur les dépenses de soins (tous financeurs) se situe entre 5,78 milliards de F 1992 (0,88 milliard d'€) et 11,89 milliards de F (1,81 milliard d'€), selon le seuil d'indice de masse corporelle (IMC) choisi pour définir l'excès de poids. Les coûts les plus élevés concernent l'hypertension artérielle (HTA).

Tableau 7- Lévy et al. : dépenses de soins attribuables à l'obésité et au surpoids (tous financeurs)

⁸ Les estimations retenues par Lévy et al. sont inférieures aux taux de prévalence dans la population adulte estimés par OBEPI en 1997 soit pour $\text{IMC} > 30$ et $25 < \text{IMC} < 30$ respectivement 8,2 % et 28,5 % et ne sont pas cohérentes avec elles, même en tenant compte de l'écart de 5 ans entre les deux estimations. Il est difficile d'imaginer que la progression déjà rapide observée de 1997 à 2003 aurait été deux fois plus rapide entre 1992 et 1997. Pour les années récentes, les données d'OBEPI, fondées sur des interrogations téléphoniques, sont inférieures à celles de l'enquête nutritionnelle ENNS fondées sur des données effectivement mesurées et tendent déjà à sous-estimer l'IMC. Les données inférieures de Lévy et al. sont donc sujettes à de fortes interrogations.

⁹ Pour les soins de ville, évaluations IMS-Dorema et ADIMS ; pour l'hospitalisation publique : évaluation CNAMTS 1992 des séjours et valorisation de ces séjours selon les coûts unitaires constatés à l'Assistance publique de Paris ; pour l'hospitalisation privée, estimations à partir des comptes nationaux...

Maladies	Part de la prévalence de la maladie attribuable à un excès de poids (IMC > 27)	Dépenses de soins attribuables à un excès de poids IMC > 27 (en milliards de F)	Dépenses de soins attribuables à un excès de poids IMC > 30 (en milliards de F)
Obésité	100 %	1,24	1,24
HTA	24,1 %	3,34	1,46
Infarctus du myocarde	13,9 %	1,50	0,61
Angor	20,5 %	1,00	0,42
Accident vasculaire	25,8 %	2,12	0,94
Thrombose veineuse	7,7 %	0,42	0,16
Diabète sucré non insulinodépendant	24,1 %	0,90	0,39
Hyperlipidémie	7,7 %	0,30	0,12
Goutte	20 %	0,03	0,01
Maladies rhumatismales	11,8 %	0,28	0,11
Mal. de la vésicule biliaire	14,3 %	0,35	0,14
Cancer colorectal	4,7 %	0,14	0,05
Cancer du sein	3,2 %	0,06	0,02
Cancer des organes génitaux	9,1 %	0,34	0,13
Fracture de la hanche	-3,5 %	0,19	0,07
Total des dépenses de soins attribuables à l'obésité et aux maladies associées en 1992	-	11,89 milliards de F (1,81 milliard d'€)	5,78 milliards de F (0,88 milliard d'€)

3.1.2. Deuxième estimation globale, sur des données 1992 (dépenses de soins et de biens médicaux, tous financeurs) : au maximum 1,3 milliards d'€ pour un IMC>30, 1,5 % des dépenses de soins et de biens médicaux

3.1.2.1. Méthodes

L'évaluation publiée en 2000 par B Detournay et al (3) repose sur une analyse secondaire de l'enquête décennale santé auprès des ménages ordinaires de 1992. Les dépenses de soins (remboursées ou non par l'assurance maladie) sont relevées dans l'enquête pour un échantillon d'adultes (âge >18 ans, femmes enceintes exclues) obèses (IMC>30) et pour un groupe contrôle de poids normal (18,5<IMC<25) auquel elles sont comparées. L'évaluation comporte une correction des facteurs de confusion sociodémographiques. Les consommations *associées à l'obésité au dire des enquêtés* (avec *correction* par les responsables de l'enquête se fondant sur la nature des prescriptions présentées au remboursement) sont réparties ensuite par catégories de pathologie (classification internationale des maladies –CIM), et les dépenses sont rapportées à la pathologie motivant la prescription. Des risques relatifs pour toutes les maladies considérées comme liées à l'obésité sont obtenus par comparaison des consommations du groupe obèse et du groupe contrôle. On calcule ainsi un « surcoût moyen » de consommation médicale des obèses et on l'extrapole pour estimer un surcoût global France entière.

Principaux problèmes : l'estimation des coûts d'hospitalisation manque sérieusement de fiabilité (enquête santé inadéquate, pas de système d'information hospitalière adapté à ce questionnement). Des redressements divers très importants et assez erratiques sont opérés après constat d'écarts inexplicables par rapport aux données de consommation connues par ailleurs. Il faudrait en outre pouvoir apprécier les biais liés aux déclarations des enquêtés notamment sur les liens entre médicaments et pathologie.

3.1.2.2. Résultats

Tableau 8 – Prévalence de différentes pathologies : risques relatifs ajustés (âge sexe niveau d'éducation) population obèse (IMC>30) / population « normale (18,5<IMC<25)

Pathologie	RR	Pathologie	RR
Maladies ostéoarticulaires	1,25	Hypertension	2,49
Maladies coronaires	1,51	Dyslipidémie	1,5
Diabète sucré	3,8	Pathologies veineuses	1,26
Complications gastriques	1,25	Maladies. de la vésicule biliaire	1,70
Hyper urémie, goutte	3,73		

Tableau 9 – B Detournay et al. : Consommations moyennes de soins des obèses et des personnes de poids normal dans la population adulte des ménages ordinaires- (en Francs 1992)

Consommations de soins	Moyenne pour une population de poids normal (18,5 <IMC<25)	Moyenne pour une population obèse (IMC>30)	Différence moyenne
Consommations médicales spécifiques de l'obésité	-	172	+ 172

Consommations correspondant à des pathologies liées à l'obésité ¹⁰	1 887	3 598	+ 1 711
Total des consommations moyennes spécifiques et liées à l'obésité	1 887	3 770	+ 1 883
Consommations correspondant à d'autres pathologies ¹¹	5 436	4 464	- 972
Total consommation médicale. annuelle moyenne	(7 323)	(8 234)	(+ 911)

La différence (tous financeurs) entre les dépenses moyennes pour les obèses (IMC>30kg/m²) et les dépenses moyennes pour les personnes de poids normal définit un « surcoût moyen lié de l'obésité (stricto sensu) ». Le surcoût total calculé pour l'ensemble des dépenses pour l'obésité et les pathologies liées atteindrait ainsi 8,7 milliards de F 1992 (1,3 milliards d'€), c'est-à-dire, selon les auteurs, environ 1,5 % des dépenses de santé, *mais* serait en partie compensé par une moindre consommation des obèses pour les pathologies non liées à l'obésité, qui n'est cependant pas déduite de ce montant. Les auteurs en concluent seulement que l'estimation de 8,7 milliards de F serait « un plafond ».

La *sous consommation* non négligeable des personnes obèses pour l'ensemble des autres pathologies (notamment pour les soins hospitaliers, les soins dentaires, les actes d'imagerie), n'est *pas statistiquement* « expliquée » par la composition de la population obèse selon le statut social, et correspond peut-être à une réalité méritant des investigations complémentaires, notamment en ce qui concerne la prise en charge de ces malades (au milieu des années 1990 - mais qu'en est-il aujourd'hui ? La question mériterait des investigations approfondies, d'autant que l'étude suivante semble identifier un phénomène de même nature).

Dans les résultats finaux qu'ils présentent, on peut s'interroger sur le choix fait par les auteurs de tenir compte des « surcoûts » correspondant à des maladies en rapport avec l'excès de poids, mais pas des « sous-consommations » de soins constatées dans d'autres domaines pour la même population.

3.1.3. 2005 Estimation des seules dépenses de ville pour l'assurance maladie, sur données 2002-2003 : 27 % de dépenses supplémentaires pour les adultes obèses, 3 % pour les personnes en surpoids.

3.1.3.1. Méthodes

L'évaluation réalisée en 2005 par A Expert (4) correspond d'abord à une première exploitation des données de l'enquête décennale santé 2002-2003 sur la prévalence et la répartition de l'obésité en France (sociale, géographique, pour les enfants et les adultes). Elle estime ensuite les variations des dépenses de soins *de ville* selon la corpulence des personnes, ainsi que divers biais explicatifs de ces variations. Les données sur la corpulence proviennent de l'enquête et les données concernant les dépenses sont extraites des fichiers de l'assurance maladie qui ont été appariés aux données de cette enquête.

¹⁰ Choix fondé sur le rapport OMS 1997 : diabète, dyslipidémie, maladies coronaires, maladies de la vésicule biliaire.

¹¹ Ces résultats les ayant surpris, les auteurs ont procédé à une vérification d'une part en redressant leur échantillon selon le critère « statut social », et d'autre part en identifiant les postes de la « sous-consommation » des obèses : les personnes obèses ont effectivement moins consommé d'hospitalisation, de soins dentaires, d'imagerie pour des maladies autres que celles liées à l'obésité. Mais ils n'ont pas pu expliquer ce constat.

3.1.3.2. Résultats

Prévalence :

La prévalence de l'obésité et du surpoids en population adulte (18-64 ans) est similaire à celle de l'enquête OBEPI de la même année :

- IMC<25 : 60,8 % de la population adulte ; (OBEPI : 2003 : 58,4 %)
- 25<IMC<30 : 29 % de la population adulte ; (OBEPI : 2003 : 30,3 %)
- IMC>30 : 10,2 % de la population adulte ; (OBEPI : 2003 : 11,3 %)

Soins de ville, adultes : la consommation moyenne des obèses et des personnes en surpoids est supérieure respectivement de 56 % et de 20 % à celles des personnes de poids normal, *mais* cet écart est expliqué pour plus de la moitié (pour les obèses) et pour près de 90 % (pour les personnes en surpoids) par des différences de *structure par âge* des populations concernées. Au total, pour l'ensemble des consommations de ville après ajustement pour l'âge, le « surcoût moyen d'un obèse pour l'assurance maladie en médecine de ville » est de 27 % globalement, de 7 % pour les honoraires et 41 % pour les prescriptions (médicaments, examens...), et celui d'une personne en surpoids est de 3 % globalement (11 % pour les honoraires).

Soins de ville, enfants : La prévalence d'une obésité chez les enfants est estimée à 12 %. Elle est liée à celle de l'adulte référent dans le ménage (61 % des cas). Globalement la consommation des enfants obèses est équivalente à celle des enfants de poids normal. *Mais plus la corpulence des enfants augmente, plus la fréquence d'une absence de consommation de soins médicaux est observée* (ce dernier résultat semble conforter celui de l'étude de Detournay et al. qui mettait en évidence une « sous-consommation » médicale de la population obèse).

3.1.4. 2007, troisième estimation globale, sur données 2002 : 2,1 milliards d'€ de dépenses de soins pour l'assurance maladie pour un IMC>30kg/m² : 2% des dépenses d'assurance maladie (2,6 milliards de dépenses tous financeurs, soit 2% de la dépense de soins et de biens médicaux)

L'estimation la plus récente réalisée par C Emery et al. repose sur des données de meilleure qualité. Elle pose toutefois quelques problèmes méthodologiques.

3.1.4.1. Méthodes

Dans une étude publiée en 2007, C Emery et al.(5) ont fusionné les fichiers de l'enquête santé et protection sociale (ESPS) 2002 de l'IRDES, avec les données de consommation de soins de l'EPAS (échantillon permanent d'assurés des trois grands régimes de sécurité sociale – yc. données d'hospitalisation, ce que, bien qu'avec des difficultés, les nouveaux systèmes d'information hospitaliers permettent de faire en 2002-2003). L'enquête est représentative de 96 % de la population française¹². Sont exclus de l'échantillon (et de la population avec laquelle il est comparé) les moins de 18 ans, les femmes enceintes et (sans explication particulière) *les personnes ayant un diagnostic de cancer*.

Les auteurs ont considéré la dépense moyenne de soins (malade + assurance maladie) de deux populations :

- P¹ composée des personnes dont l'IMC est > 30 kg/m² (prévalence : 10,7 %),

¹² Elle ne porte pas sur les personnes en institution, les ménages dont un membre réside dans les DOM, en Corse ou à l'étranger, les SDF. Bien que le couplage avec les données du système d'information hospitalière représente un progrès très significatif, les données concernant l'hospitalisation sont encore imparfaitement recueillies.

- P^2 , composée de P^1 + des personnes qui présentent (d'après leur admission en ALD ou leur consommation de médicaments) au moins un facteur de risque parmi les suivants : HTA, dyslipidémie, diabète type 2, infarctus ou antécédents d'infarctus, accident ischémique, artériopathie ou apnée du sommeil et dont l'IMC est compris entre 27 et 30 kg/m² (prévalence 16 %) ¹³. On ne peut que s'interroger sur la signification de la population P^2 , qui n'est pas motivée et discutée dans l'article : dès lors que l'échantillon de population est sélectionné sur la base de la prévalence d'un facteur de risque et d'un critère relatif à l'IMC, d'un simple point de vue statistique les coûts correspondants ne peuvent être « attribués » à la corpulence de ces individus. Un « surcoût moyen » ne peut être attribué à un facteur caractérisant un échantillon de population que si ce facteur seul distingue la « population normale » et celle de l'échantillon. Au demeurant, les auteurs, on l'a vu, ont bien pris la précaution d'introduire des ajustements par une régression multiple pour tenir compte de l'impact d'autres facteurs différenciant les deux populations (structures par âge, niveau d'éducation, etc.). C'est pourquoi on ne retient que les résultats de C Emery et al. concernant la population P^1 .

La dépense moyenne de la population de l'échantillon est comparée à la dépense de soins des individus de poids normal (18,5<IMC<25).

Le surcoût moyen attribué à l'obésité, après prise en compte des facteurs de confusion relatifs à la composition sociodémographique des échantillons et des populations (âge, sexe, niveau d'études, profession, bénéfice de la CMU et du RMI, région, nombre de personnes du ménage, consommation d'alcool et de tabac) et des biais de sélection, est obtenu par application d'un modèle de régression multiple.

Considérant que les dépenses de l'assurance maladie comprennent, outre les remboursements de soins, les indemnités journalières versées aux malades en congés-maladie, les auteurs ont également cherché à évalué un « surcoût de la population obèse en indemnités journalières ». Faute de données directement fournies par les enquêtes utilisées, ces dépenses ont dû être reconstituées. La méthode d'estimation n'est pas précisée. Mais on constate que le résultat majeure de 55 % le « surcoût » de l'obésité, pourcentage invraisemblable sachant que les indemnités journalières, globalement, n'atteignent que 7,5 % des dépenses courantes de santé pour l'assurance maladie en 2006, et que la population concernée comprend de surcroît de nombreux retraités qui ne reçoivent pas d'IJ. Chercher à inclure l'ensemble des dépenses d'assurance maladie (dont les indemnités journalières et surtout les pensions d'invalidité – certainement plus substantielles encore) serait certes une démarche intéressante, mais on ne peut retenir un chiffrage très certainement contestable.

L'extrapolation nationale à partir des « surcoûts moyens » est réalisée selon deux perspectives et les résultats sont présentés au tableau 10 :

- dépense de soins (tous financeurs), sans tenir compte des indemnités journalières,
- dépenses pour l'assurance maladie, avec ou sans indemnités journalières, le montant de ces indemnités ayant fait l'objet d'une « reconstitution », faute de données concernant les populations obèse et de poids normal

L'estimation, qui repose sur des données plus récentes, sur un système d'information amélioré et tient compte des redressements sociodémographiques nécessaires, est plus satisfaisante que celle des études de 1995 et 2000 pour ce qui concerne les « surcoûts » de soins (pour l'assurance maladie et pour l'ensemble des financeurs) attribués à l'obésité. Toutefois deux options ne peuvent être retenues : il s'agit de l'estimation qui concerne la population P^2 , d'une part, et de celle qui concerne les indemnités journalières d'autre part.

¹³ Pour comparaison : prévalence en 2003 selon OBEPI : IMC>30 : 11,3 % de la population, et prévalence d'un 25<IMC<30 : 30,3 % (total : 41,6 %). La population P^2 serait donc plutôt une population « obèse élargie », qu'une population « obèse plus surpoids ». Elle se distingue toutefois surtout par ses caractéristiques médicales.

3.1.4.2. Résultats

Bien qu'il soit proposé de ne retenir que certains d'entre eux, le tableau 10 présente synthétiquement l'ensemble des résultats de l'étude. On peut en effet y constater la grande sensibilité du chiffrage aux modalités de compte. Les estimations (*qu'on propose de ne pas retenir*) pour la population P², et celles qui incluent les indemnités journalières, combinées, aboutissent à un chiffre trois fois supérieur au seul chiffre que la rigueur impose de retenir.

On observe également que les résultats pour l'assurance maladie, qui nous intéressent spécifiquement, sont bien distingués de ceux qui portent sur la dépense de soins (seule grandeur permettant une comparaison internationale, retenue dans les précédentes études). Dans une perspective comparable aux études précédentes (dépenses de l'ensemble des financeurs de soins), cette étude situe les coûts de l'excès de poids à un niveau relatif *supérieur, pour le coût de l'obésité stricto sensu (IMC > 30kg/m²)* : l'étude de Lévy et al. retenait 2% de la dépense de soins pour un IMC > 27kg/m², et celle de Detournay et al., 1,5% pour un IMC > 30kg/m².

Tableau 10 C. Emery et al., Coûts attribuables à l'obésité

Catégories de dépenses 2002	P ¹	P ²
Coût moyen par personne attribuable à l'obésité, après ajustement		
Dépenses de soins (tous financeurs)	506 €	648 €
Dépenses d'assurance maladie (<i>en italiques avec IJ</i>)	407 € (631 €)	535 € (780 €)
Coût global attribuable à l'obésité		
Dépenses de soins (tous financeurs) attribuables à l'obésité	2,6 Md€	5,1 Md€
Dépenses d'assurance maladie (<i>en italiques : avec IJ</i>)	2,1 (3,3) Md€	4,2 (6,2) Md€

Des trois études françaises disponibles, celle de E Emery est la seule qui évalue directement des coûts de l'obésité pour l'assurance maladie.

Sur la base de cette dernière étude, on retiendra les évaluations suivantes pour l'obésité stricto sensu sur la base de données 2002:

- coût pour l'assurance maladie : 2,1 milliards d'€ (2 % des dépenses de l'assurance maladie pour les soins et les biens médicaux)
- coût pour l'ensemble des financeurs des soins et biens médicaux : 2,6 milliards d'€ (2 % des dépenses de soins et de biens médicaux¹⁴).

3.2. Estimation complémentaire : la part des dépenses d'assurance maladie attribuable à l'obésité pour le cancer

Sources :

7- Analyse économique des coûts du cancer en France, Institut National du Cancer, mars 2007.

¹⁴ Les résultats des deux précédentes études étaient présentés en termes de dépenses de soins – qui est aussi la seule donnée permettant des comparaisons internationales ; au regard de l'objet de ce rapport, la relation avec l'assurance maladie paraît plus appropriée. La dépense totale de soins et de biens médicaux en 2002 était de 129,5 milliards d'€ ; la part financée par l'assurance maladie, 99,9 milliards d'€, (soit 68,6 %).

- 8- *Food, nutrition, physical activity and the prevention of Cancer, global perspective, deuxième rapport du World Cancer Research Fund, février 2008.*
- 9- *Les causes du cancer en France : Résumé du rapport conduit sous la responsabilité des Académies de médecine et des sciences, du Centre international de recherche sur le cancer, de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer et de l'Institut de veille sanitaire, mars 2008. (« Attributable causes of cancer in France in the year 2000 »).*
- 10- *Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. DREES Etudes et résultats n°504 Juillet 2006, CREDES questions d'économie de la santé n° 111 juillet 2006.*

Les auteurs du rapport sur « Les causes du cancer en France »¹⁵ considèrent également que dans notre pays, en dehors de l'alcool et de l'obésité, il n'y a pas lieu de retenir comme « convaincant », un impact spécifique *propre* de la nutrition sur le cancer.

Deux autres raisons justifient de compléter l'évaluation précédente des dépenses de l'assurance maladie liées à l'obésité par la prise en compte de dépenses liées au cancer.

- L'étude de Emery et al., précédemment retenue pour évaluer « l'ensemble des coûts liés à l'obésité », élimine explicitement les personnes atteintes de cancer de l'échantillon considéré¹⁶.
- On dispose pour le cancer de données relativement plus précises que pour d'autres pathologies, ce qui permet d'avoir une comparaison intéressante des coûts attribués à l'obésité et des coûts attribués à l'alcool (voir en particulier (7) (8) (9)).

En l'absence d'étude déjà disponible et validée, on a tenté de quantifier l'impact de l'obésité d'une part, de l'alcool d'autre part sur les dépenses de soins pour les malades atteints de cancer. La source concernant les coûts des soins à la charge de l'assurance maladie pour différentes localisations des cancers est une étude de l'INCA (7), et concernant les parts attribuables à différents facteurs de risque, le rapport « les causes du cancer en France » (9).

3.2.1. Les données

Tableau 11 - Estimation du coût des cancers par localisation (coût global pour l'assurance maladie en 2004) – Source : INCA - Milliards d'€ 2004

1-Appareil digestif	2,110	9-Peau	0, 225
2-Hématologie	1,386	10-Système nerveux central	0,187

¹⁵ On rappelle qu'il s'agit du Centre international de recherche sur le cancer – dépendant de l'OMS, des académies des sciences et de médecine, de la fédération nationale des centres de lutte contre le cancer avec l'appui de l'InVS et de l'Institut national du cancer. Cette expertise publiée en septembre 2007, appliquée à la France et tenant compte de sa situation propre, ne présente pas exactement la même hiérarchie des risques que le rapport du WCRF (2007) qui les classe pour le monde entier ou que l'OMS (dont le rapport 2003 se référait, pour le cancer, à l'expertise du WCRF de 1997). On ne s'étonnera donc pas, par exemple, que le « poisson salé », facteur de risque important au niveau mondial, soit considéré comme mineur en France. Les différences de classement relèvent également de différences d'appréciation entre groupes d'experts. L'encadré 1 rappelle dans quelles conditions sont effectués l'identification (et le classement) des facteurs de risque.

¹⁶ La raison n'en est pas donnée, mais ce choix peut être lié d'une part aux biais de déclaration sur cette pathologie dans l'enquête et d'autre part à l'importance de la part hospitalière (moins bien saisies que les dépenses de ville) des dépenses de soins pour les cancers (selon les comptes par pathologies réalisés par la DREES et l'IRDES sur l'année 2002 : 77%, contre 55 % pour l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire).

3-Sein	1,456	11-Thyroïde et autres g.e.	0,097
4-Appareil respiratoire	1,008	12-Tissus mous	0,070
5-Organes génitaux masculins	0,965	13-Os	0,069
6-Voies aérodigestives supérieures	0,615	14-Œil	0,011
7-Voies urinaires	0,589	15- autres ¹⁷	1,623
8-Organes génitaux féminins	0,443	TOTAL	10,886

Les données disponibles ne permettent pas de distinguer respectivement la part de l'obésité et celle du surpoids.

Tableau 12 – Part (de l'incidence) attribuables à l'obésité et au surpoids ou à l'alcool, pour l'ensemble des cancers

Source : Les causes du cancer en France

Facteur de risque	Part de l'ensemble des cancers attribuables à ce facteur (2000)
Obésité et surpoids	2,2 %
Alcool	8,1 %

Tableau 13 –Part (de l'incidence) attribuable à l'obésité et au surpoids, ou à l'alcool, pour certains cancers – Source : « Les causes du cancer en France »

Cancer	Part attribuable à l'alcool (en % des cas)		Part attribuable à l'obésité et au surpoids (en % des cas)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Cavité buccale, pharynx	70,7	24,6	-	-
Œsophage	55,2	16,9	28,6	21,3
Colorectal	11,2	2,7	6,7	5,0
Foie	31,8	8,4	-	-
Larynx	57,3	17,8	-	-
Sein		9,4		5,6 (après 50 ans)
Rein			14,9	11,5

¹⁷ Codes CIM C76-C80, C97, D097, D099, D489, Z85.

3.2.2. Deux méthodes pour estimer les surcoûts attribuables à l'obésité et à l'alcool pour le cancer

3.2.2.1. Méthode « globale » :

On évalue approximativement la part des dépenses attribuable à l'alcool et à l'obésité en appliquant aux coûts globaux du cancer la part d'incidence attribuable respectivement à ces deux facteurs:

Coûts du cancer attribuables à l'obésité et au surpoids :

2,2 % de 10,886 milliards d'€ = 0,24 milliard d'€ ;

Coûts du cancer attribuables à l'alcool :

8,1 % de 10,886 milliards d'€ = 0,88 milliard d'€

Cette méthode a l'inconvénient de ne pas permettre de tenir compte des coûts moyens respectifs des soins pour les différents types de cancer¹⁸. C'est pourquoi on propose également une méthode analytique.

3.2.2.2. Méthode « analytique » :

Les données financières de l'INCA et les données épidémiologiques du rapport « *Les causes du cancer en France* » ne sont pas présentées selon une nomenclature de localisation des pathologies identique. On fait l'hypothèse qu'à l'intérieur d'une des 14 « localisations » présentées par l'INCA, les coûts se répartissent par sous-catégorie, et entre hommes et femmes, conformément à la répartition du nombre de cas observés pour chacune de ces pathologies en 2000 (ce qui peut n'être vrai qu'avec des nuances).

Ainsi, les cas de cancers de l'appareil digestif se répartissant entre cinq localisations : côlon-rectum, estomac, foie, œsophage, pancréas¹⁹, on estime les coûts respectifs pour chacune de ces localisations proportionnelle au nombre de cas correspondant à chaque localisation, ce qui permet notamment de calculer les parts attribuables à l'obésité pour les cancers du colon-rectum et de l'œsophage, dans l'ensemble des dépenses pour les cancers de l'appareil digestif. Une hypothèse identique est faite en ce qui concerne les parts respectives pour les hommes et les femmes, pour chaque localisation. Les résultats sont reportés au tableau 14.

Tableau 14 – Cancers : estimation de la part des dépenses d'assurance maladie attribuable à l'obésité (et surpoids) et à l'alcool en 2004. Milliards d'€ 2004

Localisation des cancers	Dépenses attribuables à l'obésité et au surpoids	Dépenses attribuables à l'alcool
Cancers de l'appareil digestif (colon-rectum-œsophage-foie)	0,13	0,30
Cancer des voies aérodigestives supérieures (larynx, cavité buccale et pharynx)	-	0,71
Cancers des voies urinaires (rein)	0,03	-
Cancer du sein	0,08	0,13
Cancers génitaux féminins (corps utérin)	0,03	-
Total cancer	0,27 milliards d'€	1,14 milliards d'€

¹⁸ L'étude de l'INCA note par exemple que la part des coûts de prise en charge des cancers de l'appareil digestif (cancer colorectal, de l'œsophage, du pancréas) correspond à leur part dans l'incidence totale de ces cancers, mais qu'elle est nettement inférieure pour les cancers du sein (pour lesquels les soins sont relativement peu onéreux), et deux fois supérieure pour les cancers hématologiques (plus onéreux).

¹⁹ Afin de ne pas disperser les sources, on a utilisé ici le rapport de l'INCA (tableau 1-1 page 24). Les 278 253 cas dénombrés par Francim en 2000 sont répartis par sexe et en 25 localisations auxquelles s'ajoute une catégorie « autres tumeurs », d'importance moyenne (14 546 cas).

3.2.2.3. Cancers : une part réduite de dépenses attribuable à l'obésité, une part attribuable à l'alcool 3 à 4 fois plus élevée

La différence entre les deux estimations (« globale » et « analytique ») n'est pas très importante pour l'obésité et le surpoids (**0,24 ou 0,27 milliards d'€**). La différence est en revanche plus sensible pour l'alcool (0,88 ou 1,14 milliard d'€).

En tout état de cause, les deux estimations sont concordantes sur un point : pour le cancer : les coûts attribuables à l'alcool sont beaucoup plus élevés que ceux attribuables à l'obésité (entre trois et quatre fois plus importants).

3.3. Un « coût de l'obésité stricto-sensu » de 2,3 à 2,4 milliards d'€ pour l'assurance maladie

Pour évaluer des dépenses de l'assurance maladie attribuables à l'obésité, il convient donc d'ajouter aux estimations retenues de l'étude Emery et al. (2,1 milliards d'€, 2 % des dépenses d'assurance maladie), un montant d'environ 0,25 milliard d'€ correspondant à l'impact du surpoids et de l'obésité sur différentes catégories de cancer, ce qui porte l'évaluation globale à 2,3 à 2,4 milliards d'€.

Il n'a pas été possible de retenir une estimation directe qui inclue les dépenses attribuables au *surpoids* (sauf pour le cancer). Les indications dont on dispose pour estimer les dépenses correspondant au surpoids sont beaucoup plus fragiles :

- La population en *surpoids* est pratiquement double de la population obèse : pour les adultes, la prévalence de l'obésité étant de 17% et celle du surpoids de 32% ²⁰
- La prévalence des *facteurs de risques* est en général continument croissante avec l'indice de masse corporelle.

Tableau 15 - Prévalence de l'obésité et du surpoids dans la population présentant une dyslipidémie, une hypertension ou un diabète

Population présentant un facteur de risque	Prévalence de l'obésité (IMC>30)	Prévalence du surpoids (25<IMC<30)	Prévalence IMC<25
Hypertension artérielle ^{1 -}	34,2 %	40,1 %	25,7 %
Diabète de type 2 ²	35 – 36 %	41 – 36 %	22 – 24 %
Dyslipidémie ¹	25,2 %	44,5 %	30,3 %

Sources : ¹ Exploitation de l'enquête ENNS - ² Enquête ENTRED, InVS – les deux chiffres présentés correspondent respectivement à l'hypothèse où la population comprend (ou non) les diabétiques traités par insuline, qui sont minoritaires (mais « coûteux ») pour le diabète de type 2.

- On dispose d'indications concernant la population traitée pour les principaux facteurs de risque : selon l'enquête OBEPI, la proportion de personnes recevant un traitement pour dyslipidémie, hypertension, ou diabète serait plus importante dans la population obèse que dans la population en surpoids (26,2 contre 22 %), celle des personnes qui reçoivent un double traitement le serait plus encore (15,7 contre 10,3 %), celle des personnes qui reçoivent trois traitements étant deux fois et demi plus importante (4,9 contre 2,1 %) (voir tableau 19).

²⁰ Source : ENNS. Pour la population des enfants, la proportion d'obèses /en surpoids est inférieure, mais on sait aussi que les dépenses de santé et la surconsommation médicale sont toutes deux rapidement croissante avec l'âge. Les enfants, même en surcharge pondérale, consomment peu. Globalement prendre en compte un rapport différent pour la consommation de la population infantine n'infléchirait guère le résultat

- Enfin les évaluations réalisées par la CNAM sur la médecine de ville (voir ci-dessus paragraphe 3.1.3) montrent que les dépenses moyennes globales de l'assurance maladie pour les obèses sont supérieures de 27 % aux dépenses pour des personnes de poids normal, tandis que pour les personnes en surpoids, elles ne sont supérieures que de 3 %. Ce constat n'est pas très étonnant : les accidents et pathologies lourdes, à l'origine de la part la plus importante du différentiel de coûts avec la population de poids normal, surviennent rarement pour « quelques kilos de trop », mais sont fréquents pour de vrais obèses.

Au total, seul, le coût de l'obésité pour l'assurance maladie (2,3 à 2,4 milliards d'€ pour le début des années 2000) peut être considéré comme évalué sur des bases suffisamment solides. L'ensemble des dépenses attribuables à un excès pondéral est sans doute supérieur, mais on ne dispose pas de repères suffisants pour l'évaluer. Un doublement de ce coût pour tenir compte de *l'ensemble de l'obésité et du surpoids*, soit de l'ordre de 4,5 % des dépenses d'assurance maladie²¹, correspondrait à un chiffrage très « large ».

²¹ La définition d'un montant de dépenses de référence pour calculer un tel pourcentage est complexe : les sources utilisées pour réaliser ce chiffrage sont relatives à plusieurs années (2002 à 2004) de la première moitié de la décennie 2000 ; comme on l'a rappelé en introduction, le montant des dépenses de l'ensemble des financeurs de la santé est plus élevé que le seul montant des dépenses d'assurance maladie ; et selon qu'on se réfère à la dépense courante de santé ou aux dépenses de soins et de biens médicaux les données sont également différentes. On a pris ici comme référence la dépense de soins et de biens médicaux financée par l'assurance maladie en 2004, soit 111 milliards d'€.

4. DE LA PART DES DÉPENSES LIÉES À L'OBÉSITÉ À LA PART DES DÉPENSES LIÉES À LA NUTRITION

Source complémentaire :

- 11- Guangwei Li et al. : *The long term effect of life style interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study : a 20 year follow-up study. The Lancet*, 24 mai 2008.
- 12- Lindstrom J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, et al. *Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention : follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study; Lancet* 2006;
-

4.1.1. L'alimentation et les autres facteurs de risque de l'obésité : des responsabilités partagées

La démarche précédente, qui visait à déterminer la part des dépenses de santé attribuable à l'obésité, doit être complétée par une approche visant à déterminer la part attribuable à l'alimentation.

Le tableau 16 reprend les analyses des experts de l'OMS²² :

Tableau 16 – Facteurs de risque et facteurs protecteurs de l'obésité

	Facteurs de risque	Facteur protecteurs
relation « convaincante »	-apport élevé d'aliments énergétiques pauvres en micro-nutriments -modes de vie sédentaires	-activité physique régulière -apport élevé de fibres alimentaires
relation « probable »	-promotion poussée des aliments énergétiques et des points de vente de fast food -consommation élevée de boissons gazeuses et sodas édulcorés au sucre et de jus de fruit -mauvaises conditions économiques	-environnement scolaire et familial qui encourage les enfants à choisir les aliments sains -allaitement au sein
relation « possible »	-grandes portions et proportion élevée d'aliments préparés	-consommation d'aliments à faible index glycémique

²² Le rapport du WCRF de 2007, classe également les facteurs de risque d'obésité, selon une optique assez différente en tenant compte d'une littérature plus récente et tout à fait indépendamment de l'intérêt plus spécifique de cette institution pour le cancer (les « facteurs de risque d'obésité » sont les mêmes, quelle que soit la maladie dont l'obésité peut-être facteur de risque). On s'en est tenu dans cette annexe au rappel du tableau de l'OMS de 2003 qui figure dans le rapport. Comme l'OMS, le WCRF classe les questions liées à l'activité physique dans la catégorie arguments « convaincants ».

Des arguments « convaincants » permettent donc de soutenir que *l'activité physique et la sédentarité* sont bien des déterminants importants de l'indice de masse corporelle. On le comprend : le poids individuel dépend d'un « *équilibre thermodynamique* » global entre énergie absorbée et énergie dépensée. C'est le surplus éventuel des apports énergétiques par rapport aux dépenses, « stocké », qui se traduit par une augmentation de poids. Or l'énergie dépensée se répartissant en trois parts dont deux sont stables, l'activité physique apparaît comme une variable contribuant à cet équilibre.

La masse corporelle dépend également de facteurs génétiques au niveau individuel. A *long terme*, de nombreuses indications tendent à montrer que le métabolisme basal peut subir une certaine évolution en fonction notamment de la sédentarité, des antécédents de comportement alimentaires (dans un sens ou l'autre, ce qui peut rendre difficile le maintien d'une perte de poids pour les obèses). Mais pour l'essentiel, « l'équilibre » entre *apports caloriques* et *activité physique* demeure la variable fondamentale déterminant le statut pondéral.

Au demeurant, des études très récentes (11) (12) confirment non seulement l'équivalence entre l'action d'un régime alimentaire et le développement de la pratique d'une activité physique pour prévenir certaines maladies comme le diabète, mais aussi l'équivalence de leurs effets respectifs à long terme sur le diabète.

4.1.2. Part des dépenses attribuables à l'alimentation et part des dépenses attribuables à l'obésité : l'activité physique et la sédentarité font la différence

Au total, il est difficile de considérer « qu'une amélioration de l'alimentation éliminerait la totalité des coûts de l'obésité ou du surpoids », ou que la totalité des coûts de l'obésité sont attribuables à une alimentation inadaptée.

Si on veut situer plus spécifiquement les « coûts d'une alimentation déséquilibrée », sous réserve de tenir compte des facteurs génétiques, le « coût de l'obésité et du surpoids » qui a été estimé précédemment ne peut être interprété que comme leur « plafond ». En l'absence d'étude disponible, on pourrait, en effet, envisager plusieurs hypothèses extrêmes :

- Si on considère que le niveau actuel de l'activité physique en France est une donnée non modifiable (que ce niveau soit satisfaisant ou non), et qu'en l'absence de chiffrage de parts attribuables à des facteurs génétiques, ceux-ci sont estimés comme négligeables, on attribue à une alimentation trop riche la quasi-totalité des coûts de l'obésité et du surpoids pour l'assurance maladie.
- Si, dans une recherche de l'équilibre impliquant alimentation et activité physique, on attribue respectivement à l'un et à l'autre une responsabilité équivalente, les coûts attribués à l'alimentation seraient estimés seulement à la moitié des dépenses liées à l'obésité et au surpoids.

Le raisonnable se tient entre les deux, il reste à fixer. La mission n'est pas en mesure de trancher sur la responsabilité qu'il convient d'attribuer respectivement à l'alimentation et à l'activité physique. Dans la configuration présente en France, on retiendra les éléments suivants :

- Il est peu vraisemblable qu'une société « tertiaire » contemporaine comme la nôtre puisse revenir pour une part importante de la population à des activités physiques quotidiennes qui impliquent des besoins énergétiques moyens aussi élevés qu'au siècle passé, où prévalaient de nombreux facteurs « d'inconfort » (trajets non motorisés, intérieurs mal chauffés...) et une grande importance du travail manuel ;

- La présentation de l'énergie dépensée par l'activité physique de type loisir sportif ou vie quotidienne (marche ou vélo, escaliers...) en « équivalents nourriture » (deux pommes ou un cornet de frites pour une demi-heure de marche...), donne à penser par ailleurs qu'une activité accrue pourrait difficilement compenser *totale*ment une prise alimentaire trop riche au niveau d'une population.

- Toutefois, l'enquête ENNS montre que :

- d'une part l'alimentation est surtout déséquilibrée pour des populations précises, sauf pour ce qui concerne la consommation de lipides qui est excessive (à des degrés divers) pour l'ensemble de la population.
- d'autre part 36,8 % des Français n'ont pas une activité physique de niveau au moins « modéré », conforme aux recommandations du PNNS (30 minutes par jour, 5 jours / semaine). Quant à la sédentarité, elle concernerait la moitié de la population adulte, qui passerait en moyenne trois heures par jour devant un écran (de télévision ou d'ordinateur).

Comme il y a une marge de progression pour la qualité de l'alimentation, il existe donc une marge pour le développement de l'activité et la réduction de la sédentarité dans une partie importante de la population. C'est une notion délicate, car l'âge intervient aussi dans le rapport alimentation / activité physique : à partir de certains seuils (d'IMC), que les raisons ayant conduit à cet état soient l'alimentation et/ou une activité physique insuffisante, il est très difficile de revenir en arrière : l'effet de l'activité physique ne permet plus de rééquilibrer. La marge de progression est particulièrement importante pour l'activité physique des jeunes, avant qu'ils ne franchissent des seuils. Elle est plus limitée aux âges plus élevés.

Dans la survenue de l'obésité, les « parts attribuables », tant à des facteurs génétiques qu'à l'activité physique, sont difficilement « quantifiables » aujourd'hui. Les « dépenses liées à un excès de poids en France », ne peuvent être entièrement considérées comme attribuables à l'alimentation, ce qui supposerait que l'activité physique ou les facteurs génétiques ne jouent aucun rôle. L'estimation des dépenses entraînées par l'obésité (2,3 à 2,4 milliards d'€) et par le surpoids (de façon plus fragile) sont à considérer comme des « plafonds » car elles ne prennent pas en compte la part attribuable à la sédentarité. Il n'est pas raisonnablement possible d'aller au-delà de cette conclusion aujourd'hui.

5. DYNAMIQUE DES DÉPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE POUR LE TRAITEMENT DE DEUX FACTEURS DE RISQUE : RÔLE LIMITÉ DE LA NUTRITION DANS LES DERNIÈRES ANNÉES ET INQUIÉTUDE POUR L'AVENIR

Sources :

- 13- CNAMTS, « Diabète : une forte augmentation en 5 ans ». Point d'information mensuel 7 juin 2007, et Pratiques et organisation des soins volume 38/1.juin ? 2007.
- 14- CNAMTS, Echelon national du service médical, mai 2000 et février 2002, programme national de santé publique prise en charge de l'hypertension artérielle sévère en France : enquête de 1999 (mai 2000) et bilan intermédiaire du programme d'intervention de l'assurance maladie (février 2002)
- 15- P Ricordeau et al. « Prévalence et coût du diabète en France métropolitaine : quelles évolutions entre 1998 et 2000 ? » Revue de l'assurance maladie n° 4 octobre-décembre 2002
- 16- CNAMTS, Hypertension artérielle et facteurs de risque associés 2000-2006 Point mensuel 19 octobre 2007
- 17- Solène Samson et al. Hypertension artérielle et facteurs de risque associés : évolution des traitements entre 2000 et 2006 Point de repère n°10, oct. 2007.
- 18- CNAMTS « Consommation et dépenses de médicaments : comparaison des pratiques françaises et européennes ». Point mensuel 19 octobre 2007
- 19- DREES, Etudes et résultats : C Oliveira et al. n°509 juillet 2006 Le marché des statines dans cinq pays européens : structure et évolution en 2004 ; M-E Clerc n°634 mai 2008 : les dépenses de médicaments remboursables en 2007.
- 20- CNAMTS Coût des trente affections de longue durée pour l'assurance maladie – Point de repère n°3 octobre 2006.
- 21- P Meneton, J Ménard et al. Hypertension artérielle, alimentation et modes de vie – état des lieux et pistes pratique, Synthèse du programme national nutrition-santé, Septembre 2006 DGS-PNSS.
- 22- C Bonaldi, I Romon, A Fagot-Campagna, Impact du vieillissement de la population et de l'obésité sur l'évolution de la prévalence du diabète traité : situation de la France métropolitaine à l'horizon 2016, BEH n° 10 –mars 2006
- 23- Numéro thématique du Bulletin épidémiologique hebdomadaire : Surveillance de la pathologie coronaire en France : l'après-MONICA..Présentation de P Ducimetière articles de M Montaye et al., A Wagner et al., JB Ruydavets et al.
- 24- DREES-IRDES, Etudes et résultats n° 504: A Fenina et al. : les dépenses de prévention et les dépenses de soin par pathologie en France, juillet 2006.

Après un essai de chiffrage des coûts d'une alimentation déséquilibrée pour l'assurance maladie, on s'interroge sur la dynamique de ces coûts : une part de leur croissance est-elle attribuable à une éventuelle « dégradation des états nutritionnels » ? Qu'en est-il pour le futur ?

Les données disponibles permettent d'aborder cette question pour les maladies cardio-vasculaires et leurs principaux facteurs de risque (HTA, diabète, dyslipidémie). La DREES et l'IRDES (23) ont évalué les dépenses de santé (ensemble des financeurs) liées aux maladies de l'appareil circulatoire à 12,6 % des dépenses de santé hors prévention, c'est la catégorie de pathologies qui entraîne les dépenses les plus importantes. Réduire ces facteurs de risque serait susceptible de diminuer sensiblement les coûts pour l'assurance maladie. Or, l'impact des principaux facteurs de risque (hypertension, diabète, dyslipidémie, obésité et tabagisme) est d'autant plus important que non seulement le *risque relatif* des personnes exposées et la *prévalence* de ces facteurs sont particulièrement élevés mais que la *dynamique des coûts* de leur traitement est très rapide.

5.1. Coût de traitement des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires : prévalence élevée, extension du traitement à de nouvelles catégories de malades

Les données du tableau ci-dessous sont empruntées à une présentation des risques cardiovasculaires utilisant les résultats de la partie française de l'étude MONICA²³, qui demeure la seule source de données relevées « en population », c'est-à-dire permettant une approche de la prévalence des pathologies vasculaires autrement que par les dépenses et les patients traités. Contrairement à d'autres sources fondées sur des informations déclaratives (OBEPI, enquête décennale santé,...), les données anthropologiques font l'objet de mesures, comme dans l'enquête ENNS. Ces données, relevées en 1995-1997, concernent la population de 35 à 64 ans (74 ans pour l'obésité). Des données pour les années 2005-2007 (Etude MONA-LISA) viennent d'être présentées à la presse ; elles sont commentées dans le texte suivant, mais la mission n'a pas pu disposer d'une actualisation du tableau ci-dessous tenant compte de ces données récentes. Le tableau est néanmoins intéressant car il fait bien apparaître que :

- Les taux de prévalence sont élevés dans la population pour ces facteurs de risque : selon l'enquête MONA-LISA (2005-2007) 53 % des hommes et 40 % des femmes (35-64 ans) sont atteints d'hypertension, 21 % des hommes et des femmes (35-74 ans), d'obésité et 46,5 % des hommes et 29 % des femmes, de surpoids, 2,4 % des hommes et 1,2 % des femmes, de diabète ; le dossier disponible ne précise pas la prévalence observée pour l'hypercholestérolémie²⁴. Les résultats concernant surpoids et obésité sont supérieurs à ceux de l'enquête OBEPI, mais plus conformes aux données de l'enquête ENNS. On note que la prévalence de l'ensemble de ces risques est fortement croissante avec l'âge²⁵.

²³ Cette étude épidémiologique de grande ampleur a été menée entre 1984 et 1994 sur 38 sites appartenant à 21 pays sous l'égide de l'OMS. Durant cette période chacun des sites a fonctionné comme un registre des maladies cardiovasculaires et l'ensemble du réseau a généré de nombreuses publications. En France, l'étude a été prolongée en se conformant au protocole soutenu par l'OMS au-delà de la durée du programme sur les 3 sites inclus dans l'enquête (Lille, Toulouse, Strasbourg), et ses résultats sont à peu près représentatifs de la population française. L'enquête MONA-LISA a prolongé MONICA en 2005-2007, ses résultats ont été publiés en juin 2008. La présentation est empruntée à une communication synthétique faite par le Dr Vanina Bongard (CHU de Toulouse) en 2006.

²⁴ On note que le dossier de 13 pages publié le 5 juin par la CNAM sur les traitements anti cholestérols ne donne aucune indication de prévalence concernant ce facteur de risque. La mission a rencontré des difficultés à recueillir des informations sur ce sujet, malgré l'abondante littérature consacrée à ces traitements.

²⁵ Selon les données MONA-LISA 2005-2007 l'hypertension touche 24 % de la population masculine et 9 % de la population féminine à 35-44 ans, et sa prévalence augmente de 15 à 20 % par décennie d'âge jusqu'à atteindre 80 % chez les hommes et 71 % chez les femmes pour la classe d'âge la plus élevée de l'échantillon étudié (65-74 ans). Le diabète qui touche en moyenne 2,4 % de la population masculine et 1,2 % de la population féminine atteindrait, dans la tranche d'âge 65-74 ans 20 % des hommes et 11,5 % des femmes.

- La prévalence de l'hypertension, des dyslipidémies et du diabète dépend fortement de la définition du seuil diagnostique au-delà duquel on considère qu'une personne est hypertendue, diabétique ou dyslipidémique. Le tableau 17 montre clairement sur la base de données 1995-1997 que, pour un même état de santé de la population, la prévalence apparaît sensiblement plus élevée quand le « seuil » de l'hypertension est fixé à 149-90 mm Hg plutôt qu'à 160-95 mm Hg et quand celui du diabète se réfère à une glycémie de 1,1 plutôt que de 1,26²⁶. Avec un même seuil de 149-90 mm Hg, les auteurs de l'enquête MONA-LISA soulignent que la prévalence de l'hypertension a diminué sur la période 1995-97 / 2005-07 (de 6,7 % pour les hommes et de 26 % pour les femmes) ; on ne dispose pas de données similaires concernant les autres facteurs de risque.
- Une variation du nombre et de la proportion de personnes *traitées* peut avoir un effet sur les dépenses indépendamment de toute évolution de la prévalence de la maladie ou du facteur de risque dans la population. Selon MONA-LISA, environ 80 % des sujets hypertendus sont traités et leur proportion n'a pas varié au cours de la dernière décennie²⁷. Le traitement de l'hypercholestérolémie serait insuffisant (pour la couverture des personnes atteintes, pour l'efficacité des traitements) - mais le dossier disponible n'indique pas la proportion de patients traités. Il en a de même pour le diabète.

Tableau 17 – Prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire dans la population française de 35 à 64 ans en 1995-1997

Risque	Prévalence en 1995-1997	
	Hommes	Femmes
Hypertension		
Tension > à 160-95 mm Hg	20 %	12 %
Tension > à 140-90 mm Hg	43 %	30 %
Hypertension traitée	13 %	16 %
Diabète		
Glycémie > 1,1 g/l	19 %	10 %
Glycémie > 1,26 g/l	7 %	4 %
Diabète traité	4 %	3 %
Dyslipidémies		
C-LDL > 1,60 g/l	43 %	33 %
C-HDL <0,40 g/l (H) et 0,50 g/l (F)	21 %	21 %
Tg > 1,5 g/l	24 %	10 %
Dyslipidémie traitée	11 %	9 %
Obésité – Surpoids		
Surpoids (25 <IMC< 30 kg/m ²)	47 %	29 %
Obésité (IMC > 30 kg/m ²)	17 %	17 %
Tour de taille > 102 (H) ou > 88 cm (F)	25 %	33 %

²⁶ Il convient de souligner que les chiffres retenus dans ces enquêtes reposent sur une mesure prise en une seule occasion – ce qui ne correspond pas à la pratique diagnostique dans la « vie réelle » et donc à la mise sous traitement des patients. Dans la pratique médicale, les diagnostics ne reposent pas sur une seule mesure. Cette remarque vaut bien sûr tant pour l'hypertension que pour le diabète.

²⁷ Mais leur tension est contrôlée par le traitement pour seulement 23 % (hommes) 36 % (femmes).

Tabac		
Tabagisme actuel	26 %	17 %
Tabagisme ancien	42 %	19 %

Source : MONICA, Communication synthétique du Dr V. Bongard

Le tableau comparatif suivant donne une idée de la contribution relative des principaux facteurs de risque favorisant l'élévation de la pression artérielle. On ne dispose malheureusement pas des données permettant de replacer la France dans ce tableau, qui conserve son intérêt car il montre ou confirme que :

- Au total, selon les pays, entre 31 et 75 % du risque de devenir hypertendu peut être attribué à ces cinq facteurs, liés à l'alimentation ou à l'activité physique ;
- Dans tous les pays, le surpoids et l'obésité apportent la plus forte contribution au risque de devenir hypertendu ;
- La sédentarité est le deuxième facteur de risque.

Tableau 18 - Facteurs de risque de l'hypertension : données comparatives

Facteur de risque	Contribution relative¹ (%)				
	Finlande	Italie	Pays-Bas	Royaume Uni	Etats-Unis
Excès de poids	12	11	19	13	25
Sédentarité	5	10	10	11	13
Apport élevé d'alcool	2	3	3	3	3
Apport élevé de sodium	9	13	17	13	17
Apport faible de potassium	4	10	9	12	17
¹ Cette contribution, qui varie d'un pays à l'autre, dépend de la relation entre le facteur de risque et la pression artérielle d'une part, et de la prévalence du facteur de risque dans la population d'autre part. Source : HTA, alimentation et modes de vie (21)					

5.2. **Coût de traitement de l'hypertension et du diabète : une dynamique très forte mais une place de la nutrition dans cette évolution plus limitée**

Il est légitime d'attribuer à l'hypertension, au diabète et aux dyslipidémies « facteurs de risque » cardiovasculaires, une part des coûts de traitement de l'ensemble de ces maladies : si leur prévalence diminuait, le coût de ces dernières se réduirait ; on peut aussi dire que mieux ces facteurs de risque sont traités, et plus le coût des pathologies graves qu'ils induisent se réduisent. C'est la raison la plus probable de la réduction progressive de la part de la mortalité due aux maladies cardiovasculaires (en France comme dans l'ensemble des pays à hauts revenus). Mais on peut aussi s'intéresser au coût direct, rapidement croissant, que leur traitement induit, suscitant légitimement des inquiétudes. C'est à ce titre que diabète et hypertension seront évoqués ici, la question posée étant d'identifier dans quelle mesure un rôle peut être attribué au facteur « alimentation » dans la dynamique de ces dépenses.

Selon les données de la CNAM :

Le *diabète* (de type I et de type II²⁸) est, après le cancer, l'affection de longue durée dont le coût global pour la sécurité sociale est le plus élevé, c'est aussi la maladie *traitée* dont la prévalence²⁹ (2,3 millions de personnes traitées en 2006, soit 3,2% de la population générale - et 11% de la population des + de 65 ans) est la plus importante après l'hypertension ;

L'*hypertension*, maladie dont la prévalence est la plus forte avec plus de 10 millions de personnes concernées en France, est, sous sa forme sévère, la troisième de ces affections de longue durée par ordre de coûts décroissants.

Le nombre de patients traités pour *dyslipidémie* est presque aussi élevé que pour l'hypertension et les coûts correspondants ont été très rapidement croissants au début de la décennie 2000. Le coût des anticholestérolémiants de la classe des statines, en particulier, est l'un des plus élevés en France comme le montre une répartition des coûts des médicaments par classe réalisée par la DREES (19) et il a connu jusqu'en 2005 une croissance exceptionnellement rapide.

La progression particulièrement forte des dépenses de soins engagées pour ces trois pathologies liées à l'alimentation oriente notamment l'attention sur ce possible facteur commun d'évolution.

Pour examiner les évolutions, on s'appuiera sur les travaux consacrés au diabète et à l'hypertension par la CNAMTS et la DREES, les dyslipidémies (qui ne sont pas une affection de longue durée ouvrant droit à un remboursement à 100 %) et leur traitement n'ayant pas fait l'objet des mêmes exploitations de données³⁰.

Les traitements concernant ces différentes pathologies sont associés entre eux de façon croissante

La fréquence croissante de prescriptions associant les traitements destinés à ces trois pathologies est signalée dans de nombreux travaux. Au demeurant, ces associations médicamenteuses sont recommandées (dans des conditions médicalement précisées) par la Haute Autorité de santé. Les données d'OBEPI 2006 permettent de présenter ces combinaisons de traitements sous forme synthétique et en soulignant que les doubles ou triples traitements sont d'autant plus fréquents que les patients sont en surpoids ou obèses.

Tableau 19 – Combinaison des traitements du diabète, de l'hypertension et des dyslipidémies selon l'indice de masse corporelle (source : enquête OBEPI 2006)

Nombre de pathologies visées par un traitement	Population traitée/population de poids « normal » (18,5<IMC<25)	Population traitée/population en surpoids (25<IMC<30)	Population traitée/population obèse (IMC>30)
1	10,5 %	22,0 %	26,2 %
2	3,3 %	10,3 %	15,7 %
3	0,4 %	2,1 %	4,9 %

²⁸ Malheureusement non différenciables dans les données disponibles : seul le diabète de type II qui concerne un nombre plus élevé de personnes que le type I, est étroitement associé à un facteur nutritionnel. Par ailleurs, les diabétiques de type I sont traités par insuline (coûteuse) ; seule une partie minoritaire des diabétiques de type II le sont ; le coût global moyen du traitement type II est donc inférieur au coût moyen pour le type I.

²⁹ Ces données provenant de l'assurance maladie ne sont pas en parfaite cohérence avec celles issues de l'étude MONA-LISA présentées plus haut. Ces divergences, fréquentes entre données assez fragiles, ne changent pas l'ordre de grandeur du phénomène.

³⁰ Comme on l'indique dans le paragraphe suivant, les prescriptions d'anticholestérolémiants font toutefois partie du traitement conseillé de l'hypertension et du diabète ; une partie importante des coûts de ces médicaments est déjà prise en compte dans l'étude des coûts du diabète et de l'hypertension.

La fréquence des associations de médicaments peut donner prise à des confusions : ainsi par exemple, le coût des médications complémentaires aux hypertenseurs (antidiabétiques, hypolipémiants, antiagrégants plaquettaires) intervient pour 47 % dans le coût de la prise en charge médicamenteuse de l'HTA ; de même, 55 % des diabétiques sont également traités avec des hypolipémiants, 74 % avec des antihypertenseurs, 32% avec des antiagrégants plaquettaires... Dans ces conditions, globaliser les coûts de l'ensemble de ces pathologies fortement liées entre elles risquerait de conduire à compter plusieurs fois la même dépense.

Des coûts importants...

Les indications disponibles concernant les coûts sont les suivantes :

- HTA : Coût global de l'ALD « HTA sévère » en 2004 (tous régimes) : 5,54 milliards d'€. Coût du traitement de l'HTA : 4,4 milliards d'€ en 2006 dont 2,3 *milliards pour les seuls hypertenseurs* ;
- Diabète : Coût global de l'ALD « diabète » en 2004 : 8,96 milliards d'€. Coût du traitement médicamenteux du *diabète et des facteurs de risque associés* en 2005 : 1,8 *milliard d'€*.

Pour éviter les doubles comptes, ces chiffres ne peuvent être additionnés.

...en progression rapide...

De 2000 à 2006, les dépenses concernant le traitement de l'hypertension ont augmenté de 70 % (environ 10,3 % par an)

De 2000 à 2005, les dépenses concernant le traitement du diabète ont augmenté de 100 % (environ 12 % par an)

... principalement par suite d'une augmentation très rapide des coûts moyens des traitements...

De 2000 à 2005-2006, le coût moyen du traitement de ces deux pathologies a très fortement augmenté (de 40 %, par exemple, pour l'hypertension), par suite :

- d'une évolution des modalités de prise en charge recommandées (par plusieurs classes de médicaments simultanément, par exemple), et d'une amélioration de la conformité des prescriptions par rapport aux recommandations ;
- de l'apparition sur le marché de nouveaux médicaments plus coûteux et d'un déplacement rapide des consommations vers ces médicaments ;
- d'une augmentation de la part des malades pris en charge à 100% (modification de règles d'accès) ;
- Les études de la CNAM et de la DREES sur plusieurs classes de médicaments (en particulier antidiabétiques oraux, hypocholestérolémiants, produits de l'hypertension artérielle) montrent en outre un différentiel croissant entre les pratiques des autres grands pays européens et les pratiques françaises, utilisatrices de plus grands volumes de médicaments par patient dans chaque domaine, avec une préférence régulière pour les produits les plus récents et les plus coûteux. Pour trois classes de médicaments : les inhibiteurs de la pompe à proton, les statines et les hypertenseurs, l'effet d'une réduction de ces écarts avec l'Allemagne est estimé par exemple à 1,5 milliard d'€.

En 2005, la croissance très rapide des prescriptions de statines et inhibiteurs de la pompe à protons³¹ a conduit à la signature d'un accord entre l'assurance maladie et les médecins libéraux prévoyant la diminution ou une moindre croissance des médicaments de ces classes, ainsi que le développement de prescriptions de médicaments « génériques ». De fait, en 2006 et 2007, statines et IPP restent deux classes de médicaments dont le poids sur le marché du médicament reste globalement voisin de 10 %, mais dont le taux de croissance des ventes a baissé.

... et en second lieu d'un accroissement de la « population traitée » due à de nombreux facteurs.

³¹ Ces médicaments dont l'indication première est la prévention des conséquences de l'hyperacidité gastrique, peuvent être prescrits en accompagnement de médicaments utilisés directement pour traiter les facteurs de risque qui nous intéressent ici.

Le rythme d'augmentation du nombre de patients traités a été inférieur à celui du coût moyen de traitement, mais a néanmoins atteint :

- 22 % en 6 ans pour l'hypertension (taux d'accroissement annuel moyen de 3,4 %)
- 25 % en 5 ans pour le diabète (taux d'accroissement annuel moyen de 5,7 %)

Deux ensembles d'éléments ont contribué de façon certaine à cette augmentation :

- Le vieillissement de la population. La prévalence de ces deux maladies est en effet fortement croissante avec l'âge. Plus précisément, peuvent avoir un effet sur le volume de la population traitée : l'arrivée de la vague des baby-boomers à l'âge du risque ; l'allongement de la durée de vie des personnes traitées. La CNAM évalue « l'effet vieillissement » à 0,7 % d'augmentation de la population traitée pour l'hypertension et 0,9 % pour le diabète ; autrement dit, le vieillissement explique 20% de l'augmentation du *nombre de patients traités* pour l'hypertension, et 16% pour le diabète.

On note qu'il n'y a pas de changement très sensible de l'âge moyen des patients traités sur la période, qui aurait pu dénoter un important changement dans la population cible.

Après prise en compte du vieillissement, restent donc à expliquer des augmentations de 2,7 % par an (hypertension) et 4,8 % par an (diabète).

- Une amélioration du diagnostic et une prise en charge plus systématique et plus précoce est intervenue. Ce facteur, qu'on n'a pas pu chiffrer contrairement au vieillissement, a joué notamment par suite de l'évolution des seuils diagnostiques :
 - o Le seuil admis pour le diagnostic de l'hypertension a évolué. Dans les années 1960, il était de 160 mm de Hg en systole, 95 mm en diastole, il est actuellement de 140 et 90 mm³². La réaction médicale à ces changements de seuil n'est pas immédiate.
 - o Pour le diabète, un abaissement de 1,40 à 1,26 du seuil glycémique comme critère diagnostique est intervenue dans la période considérée. Certaines études auraient estimé que l'incidence de cette modification a été faible ; l'enquête en population MONICA³³ concluait cependant à une multiplication par 2,2 du nombre de sujets dépistés entre 35 et 64 ans à la suite de ce changement.

Quelle peut être la contribution de l'alimentation à l'évolution des dépenses concernant le diabète et l'hypertension ?

Si la progression annuelle des dépenses observée a été de 10,3 % par an (hypertension) et de 12 % par an (diabète), après prise en compte des différents facteurs donc l'impact peut être quantifié, la part de progression restant à expliquer, quant à elle, est respectivement de 2,7 et 4,8 %. Compte tenu des différents éléments de connaissance disponible, la responsabilité de cette progression incombe à la fois :

- à l'évolution des critères diagnostiques et de traitement;
- et à des facteurs de risque qui se seraient « aggravés », notamment ceux dont l'impact sur ces pathologies est « convaincant » : *tabac, alcool, sédentarité, et enfin excès de poids – et par là, alimentation*. Les données globales de consommation (voir annexe économique) ne tendent pas à montrer d'augmentation des consommations globales pour le tabac et l'alcool. Il demeure possible que les évolutions à long terme de l'alimentation et de la sédentarité aient joué un rôle dans ces évolutions.

Toutefois, il est très difficile de porter un jugement sur le rôle respectif de ces derniers facteurs – dont la nutrition – dans la progression qui reste à expliquer une fois pris en compte les facteurs précédents. 2.

³² La définition du seuil vise à protéger prioritairement les personnes les plus atteintes. On notera qu'en valeurs absolues, les accidents cardio vasculaires et cérébro vasculaires sont *plus nombreux dans la population « normo tendue »* que chez les « hypertendus », parce que ces derniers sont beaucoup moins nombreux que ceux qui se tiennent « dans la norme ».

³³ Poursuivie en France au-delà de l'achèvement de l'étude mondiale soutenue par l'OMS selon les mêmes protocoles.

La difficile prise en compte du temps d'impact des facteurs de risque sur les pathologies

La plupart des études (par exemple (23)) soulignent que l'impact de l'alimentation doit être affecté d'un coefficient temporel: Ainsi (21), « *la corrélation est bien meilleure lorsque la mortalité [cardiovasculaire] de 1992 est comparée aux paramètres plasmatiques et alimentaires mesurés 20 ans auparavant*³⁴ ».

En tenant compte des décalages temporels, il conviendrait de rapprocher les évolutions de la consommation alimentaire de celles des facteurs de risque cardiovasculaire. En première approche, l'augmentation de la diversité de l'alimentation, la diminution de la consommation d'alcool, ont pu jouer un rôle positif, mais d'autres produits alimentaires (confiseries, pâtisseries et boissons sucrées grasses et sel dans les aliments transformés, par exemple) ont pu avoir un impact inverse sur les évolutions récentes.

Au total : si les dépenses correspondantes de l'assurance maladie ont doublé ou progressé de 70 % en cinq à six ans pour traiter le diabète et l'hypertension, la plus grande part de ces progressions extrêmement rapides est imputable à d'autres facteurs que l'alimentation. L'effet de ces facteurs a pu être partiellement quantifié. Parmi les facteurs non quantifiés, dont l'impact global est plus limité, on ne peut exclure que l'évolution de l'alimentation dans les dernières décennies ait joué un rôle, très difficile cependant à appréhender. Il resterait cependant à rapprocher ces éléments des observations concernant les consommations alimentaires et les états nutritionnels ; en première approche, ces dernières signalent globalement quelques évolutions négatives mais beaucoup d'évolutions positives. Il est peu vraisemblable que l'évolution de l'alimentation ait joué un rôle significatif dans l'évolution des dépenses de traitement des maladies chroniques.

5.3. Pour l'avenir quelques projections à observer avec prudence

Des projections ont été tentées. On sait que, globalement, la responsabilité des maladies cardiovasculaires comme cause de mortalité est en constante régression depuis plusieurs décennies dans le monde et en particulier en France et que la prolongation de cette tendance est envisagée. Mais le facteur principal est sans doute l'amélioration des soins plutôt que la réduction des facteurs de risque.

Pour les projections concernant le diabète, on peut notamment citer les projections réalisées par l'InVS à l'horizon 2016 (22). Le nombre de malades traités passerait de 1,8 million de personnes en 1999 à près de 2,8 millions en 2016, en réaction aux effets du vieillissement de la population d'une part, de la fréquence croissante de l'obésité d'autre part. A partir de 2012, l'effet de l'obésité deviendrait prépondérant.

Toutefois, cette tentative intéressante s'appuie sur un modèle de projection démographique de l'INSEE et les données de prévalence de pathologies *traitées* relevées dans l'enquête OBEPI de 1997 à 2003, par niveau d'IMC, ainsi que la tendance concernant la prévalence de l'obésité dans cette période de six ans. Les données d'OBEPI 2006 ne se situent pas dans cette tendance, elles sont plus modérées, et nul ne peut s'avancer aujourd'hui sur l'interprétation à plus long terme de l'infléchissement constaté dans la dernière enquête. Il convient donc de prendre avec prudence des résultats chiffrés fondés sur des données antérieures à ces dernières données : les perspectives d'une progression sont en effet certaines – ne serait-ce qu'en conséquence d'évolutions déjà observées sur les dernières années ; mais il n'est pas possible de prévoir aujourd'hui sur quelle tendance postérieures à 2006 il conviendrait de se fonder.

³⁴ P. Meneton, J. Ménard et al. présentent à l'appui de cette affirmation les résultats d'une étude sur 16 pays, qui conclut que la corrélation entre mortalité en 1992 d'une part et apports en graisse animale et cholestérolémie d'autre part, est bien meilleure si les données concernant l'alimentation et le statut nutritionnel sont celles enregistrées 20 ans auparavant. En somme : « *Si l'apport en graisses animales avait subitement changé en 1990, l'effet [sur la mortalité] ne commencerait à se faire sentir qu'en 2005 ou 2010.* » L'effet sur les facteurs de risque de la mortalité peut être cependant plus rapproché que sur la mortalité.

Du point de vue du facteur obésité, la présentation des progressions selon l'enquête OBEPI fait apparaître des perspectives qui peuvent susciter des inquiétudes. Des « effets de génération » seraient en effet probables : la proportion de 10 % de population obèse est atteinte de plus en plus jeune : 49 ans pour la génération née en 1946-1951, 45 ans pour la génération 1952-58, 41 ans pour la génération 1959-65, et 34 ans pour la génération 1966-72. Mais c'est en général la progression de l'obésité chez les enfants (liée à celle des parents : un enfant d'obèse a quatre fois plus de risque de l'être lui-même qu'un enfant de non obèse) qui suscite les plus fortes inquiétudes,

ANNEXE VI-2

**CONTRIBUTION DE L'IGF A L'EVALUATION DES DEPENSES D'ASSURANCE-
MALADIE LIEES AUX DESEQUILIBRES DE L'ALIMENTATION**

SOMMAIRE

I. L'ÉVALUATION DES DÉPENSES ASSOCIÉES AU SURPOIDS ET À L'OBÉSITÉ.....	2
A. BREF RAPPEL DE LA MÉTHODE D'ÉVALUATION DE L'IGAS.....	2
B. OBSERVATIONS DE MÉTHODES SUR L'ÉTUDE EMERY ET AL.....	2
1. L'estimation faite par cette étude du coût de l'obésité proprement dite pour l'assurance maladie est plutôt conservatrice	4
2. L'évaluation par cette étude des dépenses d'assurance maladie associées à la population en surpoids présentant un facteur de risque cardio-vasculaire ne méritait pas d'être d'emblée écartée	6
C. LES DIVERSES ESTIMATIONS DE LA DÉPENSE ASSOCIÉE AUX PERSONNES EN SURCHARGE PONDÉRALE SELON L'IGF	8
1. L'actualisation minimale des hypothèses 2002 de l'IGAS sur une base 2006 aboutit selon l'IGF à une évaluation de 7,5 Md€ et non de 5 Md€.....	8
2. L'estimation des dépenses hors cancer des personnes en surcharge pondérale s'établit selon l'IGF dans une fourchette de 8,1 à 10,3 M€ en 2006	8
3. Cette fourchette de coûts paraît une estimation minimale.....	10
 II. L'ÉVALUATION DES DÉPENSES ASSOCIÉES À UNE ALIMENTATION	
DÉSÉQUILIBRÉE SUR LES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE.....	11
A. LE DÉBAT SUR LES PARTS ATTRIBUABLES À LA NUTRITION DANS LE COÛT DES MALADIES CANCÉREUSES	12
1. L'analyse par la section française du WCRF des liens entre le cancer et la nutrition.....	12
2. Les analyses du « rapport Kervasdoué »	15
3. Conséquences tirées par l'IGF de ces analyses dans l'estimation des coûts associés aux maladies cancéreuses pour l'assurance maladie.....	16
B. L'ESTIMATION DES COÛTS ASSOCIÉS À LA CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL	17
C. ÉVALUATION GLOBALE PAR L'IGF DES COÛTS POUR L'ASSURANCE MALADIE DES TROUBLES ET PATHOLOGIES ASSOCIÉS AUX DÉSÉQUILIBRES ALIMENTAIRES	18
1. Selon l'IGF, l'évaluation minimale de la charge pour l'assurance maladie des déséquilibres de l'alimentation s'élève entre 11,5 et 14,5 Md€	18
2. Remarques sur la part attribuable à l'alimentation proprement dite dans ces dépenses.....	19
D. L'IMPORTANCE STRATÉGIQUE DU SUJET POUR L'AVENIR DES DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE.....	20
1. La part des pathologies liées à l'alimentation dans les dépenses de l'assurance-maladie consenties au titre des affections de longue durée apparaît importante et la croissance des dépenses afférentes particulièrement soutenue	20
2. L'évaluation des dépenses ALD imputable aux patients ayant une consommation alimentaire déséquilibrée.....	22
3. L'importance de replacer la politique nutritionnelle au cœur de la maîtrise des dépenses d'assurance-maladie	23

Résumé des conclusions

La prise en compte de la prévalence de l'obésité observée en 2006 et l'actualisation minimale de 2,5% par an du coût unitaire des traitements conduit à estimer, sur la base des travaux d'Emery et al, le coût de l'obésité pour l'assurance maladie en France en 2006 à 3,6 Md€. Sur cette base, selon l'IGF, l'évaluation forfaitaire établie par l'IGAS du coût des dépenses de soins remboursées par l'assurance maladie au titre de la surcharge pondérale devrait être portée de 4,7 à 7,5 Md€ en valeur 2006.

L'évaluation des dépenses d'assurance maladie associées à la prise en charge des dépenses liées au surpoids et de l'obésité et aux facteurs de risques qu'ils entraînent (hors cancer) est estimée par l'IGF au minimum entre 8,1 et 10,3 Md€ en 2006. Cette évaluation prend en compte la totalité des résultats des travaux Emery et al sur la dépense de soins, mais les actualise selon deux hypothèses haute et basse, formulées sur la population en surpoids présentant un facteur de risque cardio-vasculaire. Ces hypothèses sont établies en fonction des données épidémiologiques de 2006 fournies par les enquêtes ENNS et OBEPI : alors que les travaux Emery estiment que la population en surpoids présentant un facteur de risque cardio vasculaire est de 5,3% de la population des assurés, les deux hypothèses retiennent des chiffres de 10% et 15%.

Pour estimer la totalité de la dépense d'assurance maladie imputable aux déséquilibres alimentaires, l'évaluation IGF ajoute à ces dépenses directement liées au surpoids et à l'obésité :

- les remboursements assurés par l'assurance maladie au titre des maladies tumorales : dans l'hypothèse basse, elle retient les évaluations de l'IGAS d'une part attribuable aux déséquilibres nutritionnels (y compris l'alcool) de l'ordre de 10% soit 1,1 Md€ ; dans l'hypothèse haute elle retient une hypothèse de part attribuable de 20 % (inférieure à la référence historique de 35% retenue jusqu'en 2005) ; cette deuxième hypothèse conduit à une évaluation de 2,2 Md€ des soins remboursés des maladies cancéreuses associées à des déséquilibres nutritionnels ;
- une évaluation forfaitaire et minimale des dépenses spécifiquement imputables à la consommation d'alcool hors cancers de 2Md€ (concernant les maladies du foie et les pathologies psychiatriques directement liées à la consommation d'alcool)

Selon cette analyse , **la dépense totale entraînée pour l'assurance maladie (au titre des seuls soins) par les déséquilibres de l'alimentation s'établit au minimum entre 11,5 et 14,5 Md€, sans prendre en compte les surcoûts spécifiques liés à la prise en charge des patients au titre des ALD ni les indemnités journalières.**

Une analyse spécifique des dépenses d'affections de longue durée (ALD) imputables aux diverses pathologies prises en compte comme ayant un lien avec l'alimentation (diabète, hypertension sévère, maladies cardio-vasculaires, maladies tumorales et maladies du foie) fait apparaître que ces dépenses s'élevaient en 2004 à 41,6 Md€ (sur un total de dépenses ALD estimés à 55 Md€ par la CNAMTS) et à estimer qu'au sein de cet ensemble **la part plus directement imputable à des patients ayant une alimentation déséquilibrée est de l'ordre de 17 à 20 Md€.**

En conclusion il est souligné que si l'on ne peut imputer à l'alimentation seule la responsabilité de ces dépenses et de leur forte évolution, il importe de placer la politique nutritionnelle au cœur de la maîtrise à venir des dépenses d'assurance maladie.

La présente contribution, établie par la représentante de l'Inspection générale des finances, sur la base des informations qui ont pu être portées à sa connaissance au cours des divers entretiens conduits par la mission à travers la documentation communiquée, vise à établir quelques éléments complémentaires de discussion par rapport à l'analyse de l'annexe VI-1 établie par l'IGAS.

Cette discussion porte sur deux points :

- l'évaluation des dépenses d'assurance maladie associées au surpoids et à l'obésité ;
- l'évaluation des dépenses d'assurance maladie associées de façon plus générale aux déséquilibres de la nutrition.

I. L'ÉVALUATION DES DÉPENSES ASSOCIÉES AU SURPOIDS ET À L'OBÉSITÉ

A. Bref rappel de la méthode d'évaluation de l'IGAS

L'IGAS établit son évaluation des dépenses associées au surpoids et à l'obésité en plusieurs étapes :

- la première consiste à analyser les méthodologies et la pertinence des diverses études publiées sur le sujet depuis 1995 et à juger sur la base de cette analyse que l'étude Emery¹ apparaît la plus récente et la plus fiable ;
- la deuxième consiste à ne retenir dans cette étude que l'évaluation des surcoûts associés à l'obésité pour la seule dépenses de soins remboursée : ces surcoûts sont évalués à 2,1 Md€ (valeur 2002) pour une population obèse estimée à 10,7% de la population totale par l'auteur de l'étude sur la base des déclarations des personnes retenues dans l'échantillon ; les évaluations relatives à la population en surpoids présentant au moins un facteur de risques ne sont pas retenues car construites sur la base d'un critère de sélection, jugé scientifiquement non pertinent ;
- la troisième étape consiste à évaluer le coût total pour l'assurance-maladie des cancers imputables au surpoids selon les études de l'Institut national du cancer : la part attribuable au surpoids sur les cancers de 2000 ayant été estimée à 2,2% par celui-ci et la dépense totale remboursée par l'assurance maladie au titre du cancer étant estimée à 10,889 Md€ (valeur 2004), l'IGAS parvient à une fourchette d'estimation des dépenses d'assurance maladie à ce titre de 0,24 à 0,27 Md€ ;
- la quatrième étape consiste à évaluer de façon forfaitaire l'ensemble du coût de l'obésité et du coût du surpoids à 4,7 Md€, en considérant qu'à partir d'une évaluation de 2,3 à 2,4 Md€ du coût de l'obésité « sur des bases suffisamment solides », le doublement de cette somme correspond à un chiffrage « large » au milieu des années 2000 pouvant être arrondi à 5 Md€.

B. Observations de méthodes sur l'étude Emery et al.

L'auteur de la présente annexe partage l'opinion développée dans l'annexe VI-1, selon laquelle l'étude Emery constitue l'étude la plus récente et la plus fiable des études disponibles mais que ses données concernant le coût des indemnités journalières sont trop sujettes à caution pour être retenues.

Pour rappel, les auteurs de cette étude ont considéré la dépense moyenne de soins de deux populations :

- P1 composée des personnes dont l'IMC est > 30 kg/m² (prévalence : 10,7%) ;

¹ C. Emery et al., *Presse médicale* 2007-36, *Evaluation du coût associé à l'obésité en France*.

- Annexe VI-2, page 3 -

- P2, composée de P1 + des personnes qui présentent (d'après leur admission en ALD ou leur consommation de médicaments) au moins un facteur de risque parmi les suivants : hypertension artérielle (HTA), dyslipidémie, diabète type 2, infarctus ou antécédents d'infarctus, accident ischémique, artériopathie ou apnée du sommeil et dont l'IMC est compris entre 27 et 30 kg/m² (prévalence 16 %).

Cette étude conduit à estimer le surcoût de la dépense de soins et d'assurance maladie imputable à l'obésité et au surpoids avec facteur de risque de la façon suivante :

	Population P1	Population P2
Dépenses de soins (tous financeurs) attribuables à l'obésité	2,6 Md€	5,1 Md€
Dépenses d'assurance maladie (<i>en italiques : avec IJ</i>)	2,1 (3,3) Md€	4,2 (6,2) Md€

Le détail de l'évaluation figure dans le tableau reproduit ci-après :

Tableau 1 : Consommation de soins et de biens médicaux 2002 (ensemble des individus, individus de poids normal, population P1 et P2)

	Echantillon total	Patient de poids normal	Obèses	
			Selon P1 [*]	Selon P2 ^{*,6}
Effectif	4 651	2 560	898	742
Consommation moyenne de soins et de biens médicaux par individu (écart type)	1 534 € (3700)	1 263 € (3104)	2 426 € (5903)	2 592 € (5843)
Médiane-minimum-maximum	657-0-77 317	508-0-66 208	1 202-0-77 317	1 346-0-77 317
Dont				
- Part remboursée, moyenne par individu	1 143 €	912 €	1 906 €	2 047 €
Médiane-minimum-maximum	356-0-70 707	272-0-66 158	758-0-69 117	817-0-70 707
- Dépense ambulatoire moyenne (écart type)	1 105 € (1890)	910€ (1585)	1 714 € (2699)	1 837 € (2708)
Dont :				
Pharmacie -moyenne (écart type)	378 € (659)	281 € (591)	651 € (871)	733 € (875)
Honoraires des médecins -moyenne (écart type)	230 € (290)	202 € (251)	289 € (288)	804 € (311)
Honoraires des dentistes -moyenne (écart type)	137 € (471)	141 € (458)	159 € (662)	157 € (636)
- Dépense hospitalière moyenne (écart type)	429 € (2374)	354 € (2077)	712 € (3893)	755 € (3764)
Individus ayant eu un arrêt de travail en 2002 (%)	18,9	19,4	19,9	17,0
Montant des indemnités journalières paye par la sécurité sociale moyenne/individu concerné	1 553 €	1 484 €	2 053 €	2 269 €

* IMC ≥ 30 kg/m² ; ** IMC ≥ 27 kg/m² et présence de facteur de risque/pathologie cardiovasculaire.

Il apparaît pour l'auteur de la présente annexe que :

- l'évaluation réalisée par cette étude sur le coût proprement dit de l'obésité (population P1) est plutôt conservatrice ;
- l'évaluation des dépenses d'assurance maladie associées à la population P2 mérite d'être prise en compte par rapport aux questions qu'il était demandé à la mission d'explorer ;
- pour évaluer le coût 2006, diverses actualisations et compléments, devant être apportées à ces estimations datant de 2002, aboutissent à une évaluation nettement supérieure des dépenses associées au surpoids et à l'obésité pour l'assurance maladie, même dans l'hypothèse IGAS.

1. L'estimation faite par cette étude du coût de l'obésité proprement dite pour l'assurance maladie est plutôt conservatrice

a) Les auteurs de l'étude soulignent en premier lieu les diverses limites de la population d'études constituée :

- limites intrinsèques à la constitution de l'échantillon de l'enquête santé protection sociale 2002 de l'IRDES qui sert de base à l'étude et ne concerne qu'un échantillon représentatif de ménages ordinaires *domiciliés en France métropolitaine* et est constitué de **21 000 individus** ; les auteurs font observer que certains individus sont exclus du champ de l'enquête notamment les assurés vivant en institution (soit 600 000 personnes, âgées pour la plupart), les ménages dont un membre est domicilié dans les DOM, en Corse ou à l'étranger et les assurés ne disposant pas d'un lieu de résidence fixe : on observera que la proportion d'obèses, de personnes en surpoids et de personnes présentant des facteurs de risque est, selon toutes les données sur la prévalence figurant dans le rapport et les études épidémiologiques, beaucoup plus importante dans la population âgée, ainsi que dans les DOM ;
- limites tenant aux diverses méthodes de constitution de l'échantillon de l'étude : couplage des données avec celles de l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) ramenant l'échantillon à **9 369 personnes**, exclusion des individus âgés de moins de 18 ans, des femmes enceintes, des individus ayant un diagnostic de cancer (exclusion de **2 512 personnes** supplémentaires à ce titre²) ainsi que des individus n'ayant pas déclaré leur poids ou leur taille (exclusion de **2 206 personnes**).

Au total l'échantillon sur lequel a porté l'étude a été ramené à 4 651 individus et les auteurs constatent que la consommation médicale des 2 206 personnes exclues en dernier lieu parce qu'elles n'avaient pas déclaré leur poids et leur taille est supérieure d'environ 40% à celle de l'échantillon sur lequel ils ont travaillé, ce qui laisserait penser qu'il « **existerait un biais de sélection de la population d'étude** ».

Ils estiment avoir corrigé partiellement par le modèle de régression multiple qu'ils ont utilisés le facteur « âge ». Mais ils signalent les limites de la correction opérée : si l'effet obésité est plus important chez les individus âgés de plus de 60 ans (ce qui est avéré par toutes les enquêtes), les résultats de leur étude sur le surcoût associé à l'obésité sous-estiment selon eux l'effet d'obésité.

b) Les auteurs soulignent en second lieu que certaines consommations médicales ne figurent pas ou sont sous-estimées dans les fichiers de l'assurance maladie exploités

Sont notamment sous estimées :

- la dépense hospitalière des ressortissants de la MSA (qui n'a pas donné lieu à l'un des deux appariements prévus)³ ;
- la dépense hospitalière d'une façon générale, du fait des délais apportés à la remontée des informations dans le fichier ESPS 2002 : ils constatent que la comparaison des données de leur fichier avec celui des comptes nationaux de la santé **laisse apparaître une consommation de soins hospitaliers 2 fois moins élevée que la consommation ambulatoire**, alors que d'après les comptes nationaux ces consommations sont équivalentes pour la population générale ;
- les consultations externes des hôpitaux et les dépenses pharmaceutiques non remboursées⁴.

² Les auteurs justifiant ce choix par les dépenses spécifiques engagées pour la maternité et pour le cancer : ils paraissent ce faisant partager le consensus scientifique selon lequel il y a des liens plus nets entre la surcharge pondérale et les maladies cardio-vasculaires (dont ils prennent en compte les coûts) qu'avec le cancer.

³ Étant fait observer que la prévalence de l'obésité et du surpoids est particulièrement élevée dans la population agricole selon les données épidémiologiques OBEPI.

c) Les auteurs font part en dernier lieu d'autres facteurs, atténuant l'évaluation de la dépense effective constatée sur les patients obèses pour l'assurance maladie dans leur estimation

Les auteurs indiquent que l'enquête a été basée sur **les déclarations des personnes interrogées** et rappellent qu'en matière de calcul d'indice de masse corporelle, il y a une sous-déclaration constante du poids et/ou de la taille (cf. présentation des données sur la prévalence dans le rapport de synthèse).

Ils précisent en second lieu que leurs calculs intègrent pour évaluer les surcoûts attribuables à l'obésité **un modèle de régression multiple**, qui neutralise les « facteurs de confusion » tenant à l'âge, au sexe, au niveau d'étude, à la profession, à la consommation de tabac et d'alcool, au bénéfice de la CMU ou du RMI, au remboursement à 100% au titre d'une affection de longue durée (ALD) ou tenant encore à la région et au nombre de personnes dans le ménage.

De fait, **ces corrections de biais de sélection, conduisent à « neutraliser » les caractéristiques fortes de la population obèse et en surpoids**, soulignées dans le rapport de synthèse et dans l'annexe IV, attaché à ces différents critères.

Un tableau de cette étude, ci-après reproduit, fait apparaître très clairement tous les éléments qui ont pu être « neutralisés » mais qui modifient de fait l'estimation de la dépense réelle associée aux individus en surpoids ou obèses pour l'assurance-maladie (en plus ou en moins). Ainsi, constate-t-on que, par rapport à la population de poids normal, les individus obèses sont nettement plus âgés, beaucoup plus fréquemment en ALD, ont moins souvent atteint le niveau d'études supérieures et pratiquent nettement moins de sports.

Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon total, des individus de poids normal, des populations d'obèses P1 et P2

	Echantillon total	Patient de poids normal	Obèses	
			Selon P1*	Selon P2**
Effectif	4 651	2 566	498	742
Caractéristiques sociodémographiques				
Sex ratio (H/F)	1,02	0,86	1,06	1,2
Âge moyen (ans)	47,0	43,2	54,7	57,7
Couverture médicale universelle (CMU), %	4,8	4,7	6,2	4,9
Revenu minimum d'insertion (RMI), %	1,8	1,8	2,0	1,5
Affection de longue durée (ALD-100 %), %	13,1	9,0	25,1	27,1
Niveau d'étude (niveau supérieur), %	23,6	29,5	11,6	11,1
Note moyenne d'état de santé	7,9	8,2	7,2	7,0
Activité sportive (≥ 1 fois /semaine), %	31,9	38,0	17,5	18,2
Consommation de tabac, %	29,1	32,6	23,5	19,5
Proportions d'individus présentant un(e) facteur de risque/pathologie cardiovasculaire (%)				
Hypertension artérielle	15,4	8,8	38,2	47,0
Dyslipidémie	9,9	6,4	17,3	27,0
Diabète de type 2	3,4	1,2	11,4	12,9
Infarctus du myocarde ou antécédent	2,6	1,5	4,8	7,3
Artériopathie des membres inférieurs	1,4	1,0	2,8	3,1
Apnée du sommeil	0,2	0	1,6	1,2

* IMC ≥ 30 kg/m²; ** IMC ≥ 27 kg/m² et présence de facteur de risque/pathologie cardiovasculaire.

L'ajustement donne une certaine validité scientifique à l'évaluation, en permettant de mieux déterminer la part exclusivement imputable au surpoids et aux facteurs de risque qui lui sont liés directement, mais les auteurs indiquent que « **les estimations obtenues par une méthode classique** [qui ne prend pas en compte les biais de sélection et retient les dépenses telles quelles], **étaient en revanche 10% plus élevées** ».

⁴ Ces dernières étant mentionnées pour mémoire puisqu'elles n'entrent que très partiellement dans la dépense remboursée par l'assurance maladie.

Sur la base de l'ensemble de ces considérations, on peut partager l'opinion des auteurs de l'étude, qui indiquent que « leurs estimations sont plutôt conservatrices » :

- elles le sont par rapport à la détermination du surcoût total de l'obésité en ne tenant pas compte de sa réelle prévalence ni d'une estimation satisfaisante des dépenses d'hospitalisation ;
- elles le sont aussi par rapport à la réalité de la dépense entraînée pour l'assurance maladie par les personnes obèses, qui est minorée par la régression introduite pour les besoins de la démonstration scientifique.

2. L'évaluation par cette étude des dépenses d'assurance maladie associées à la population en surpoids présentant un facteur de risque cardio-vasculaire ne méritait pas d'être d'emblée écartée

a) Au regard des questions posées à la mission, l'inclusion dans le champ d'examen des dépenses associées pour les patients obèses et en surpoids à un risque cardio vasculaire avéré et traité paraissait s'imposer

L'auteur de ces lignes comprend bien les scrupules scientifiques qui ont conduit ses collègues à ne pas vouloir retenir au titre du seul facteur du surpoids les évaluations de l'étude Emery, dès lors que le lien univoque entre le surpoids et ces facteurs de risque ne pouvait être totalement établi.

Elle considère que la commande passée à la mission ne doit pas conduire à écarter les enseignements de ces études sur l'évaluation des dépenses associées pour l'assurance maladie aux facteurs de risque que sont le diabète, les dyslipidémies ou l'hypertension et les pathologies aiguës qui peuvent en découler directement pour les personnes en surpoids.

En effet :

- **la question posée à la mission n'était pas celle du surcoût théorique associé au seul surpoids et à l'obésité mais d'une évaluation aussi précise que possible des dépenses induites réellement pour l'assurance-maladie par une alimentation déséquilibrée, incluant la consommation de sel et à laquelle la mission a ajouté les effets de l'alcool ;**
- toutes les enquêtes sur la prévalence et les expertises scientifiques consultées par la mission montrent les liens évidents et directs de l'hypertension, des dyslipidémies et du diabète avec une alimentation déséquilibrée ; pour ce qui est de l'hypertension, le lien avec la consommation de produits trop salés et donc avec l'une des questions posées à la mission, est établi depuis le début du XXème siècle ;
- toutes les expertises (y compris celle de la Banque mondiale sur le « burden of disease » abondamment citée dans l'annexe VI-1) montrent le lien qui existe entre ces trois pathologies et troubles chroniques et les maladies cardio-vasculaires ; ce n'est donc pas abusivement que la présence de ces facteurs de risques a été associée à ces évaluations
- toutes les enquêtes confirment la prévalence particulière de ces trois facteurs de risque chez les personnes en surpoids (cf. notamment les graphiques d'OBEPI dans le rapport de synthèse sur la prévalence de ces pathologies avec l'IMC mais également l'exploitation de l'INVS réalisée pour le compte de l'IGAS).

Au regard des indicateurs d'objectifs associés au PNNS et des constats du rapport du Haut comité de la santé publique à l'origine de celui-ci sur les pathologies liées aux déséquilibres de l'alimentation, il n'y avait pas le moindre doute pour l'IGF sur l'intérêt d'inclure dans le périmètre des dépenses d'assurance maladie associées à une alimentation déséquilibrée le périmètre des dépenses identifiées par l'étude Emery sur les individus dotés d'un IMC compris entre 27 et 30 présentant au moins un facteur de risque cardio-vasculaire.

b) L'estimation Emery de l'importance relative de la population en surpoids présentant au moins un facteur de risque par rapport à la population générale apparaît cependant sous évaluée par rapport aux estimations qui ressortent de l'enquête 2003 d'OBEPI

Les individus triés par l'enquête Emery au titre de leur surpoids ne constituent a priori qu'un sous-ensemble de la population en surpoids : non seulement ils ne sont sélectionnés que si leur IMC déclaré est supérieur à 27 (et non 25 selon le critère de l'indice de Quetelet) mais si d'autre part ils présentent au moins un facteur de risque. Dans la population P2 déterminée par l'enquête **ils représentaient 5,3% de la population des assurés en 1992**⁵.

On peut rapprocher la population ainsi déterminée par l'étude Emery (sur la base d'une liste plus large de facteurs de risque que les seuls risques identifiés par OBEPI) de celle qu'il est possible de déterminer à travers l'enquête OBEPI sur la population en surpoids, déclarant être traitée pour les seuls risques diabète, hypertension, dyslipidémie : selon l'enquête OBEPI de 2003⁶ la population en surpoids présentant un facteur de risque parmi les 3 évoqués s'élevait en 2003 à 21,7% de la population en surpoids, celle présentant 2 facteurs de risque s'élevait à 9,8%, celle présentant 3 facteurs de risque s'élevait à 1,5%. Le pourcentage de la population présentant au moins un facteur de risque s'élevait donc selon OBEPI à 44,6% d'une population en surpoids estimée à 30,3% des assurés, et s'élevait donc à 13,5% de la population totale des assurés.

Le chiffre qui ressort de l'enquête 2003 d'OBEPI (13,5% de la population) est donc très nettement supérieur un an plus tard à celui qui ressort de l'enquête Emery (5,3% de la population).

Ainsi, sur la base des constats relatifs à la constitution de l'échantillon de l'étude Emery et de l'estimation des dépenses associées à l'obésité, on peut penser que l'estimation des coûts associés aux personnes en surpoids présentant au moins un facteur de risque cardio-vasculaire présentés par l'étude Emery a été nettement sous évaluée :

- d'une part parce qu'elle reposait probablement sur une dépense par assuré minorée pour ce qui concerne les dépenses d'hospitalisation et les dépenses en ALD comme pour l'obésité ;
- d'autre part parce qu'elle reposait sur une sous estimation probable du nombre de personnes en surpoids concernée.

c) Les conséquences à tirer de ce rapprochement sur l'évaluation des dépenses associées au surpoids devaient néanmoins être envisagées de façon prudente

Il ne pouvait s'agir pour l'auteur de ces lignes de procéder à une évaluation définitive et ferme des dépenses entraînées pour l'assurance maladie par la surcharge pondérale et les risques qui lui sont associés sur la seule base de cette étude.

Il lui a paru plus réaliste d'établir une fourchette d'évaluation à partir de plusieurs méthodes qui seront maintenant successivement examinées.

⁵ soit la population P2 qui représente 16% des assurés dont on ôte la population P1, qui en représente 10,7%

⁶ Cf. tableaux dans le rapport de synthèse Première partie II C.

C. Les diverses estimations de la dépense associée aux personnes en surcharge pondérale selon l'IGF

1. L'actualisation minimale des hypothèses 2002 de l'IGAS sur une base 2006 aboutit selon l'IGF à une évaluation de 7,5 Md€ et non de 5 Md€

Bien que l'évaluation par l'IGAS de la dépense relative à la totalité de la population en surpoids repose sur une base nettement moins « scientifique » et reliée à des chiffres réels que l'évaluation Emery sur la seule population en surpoids présentant un facteur de risque, on peut un instant en reprendre la méthode adoptée par l'IGAS tout en procédant à une actualisation correcte des chiffres de cette étude relatifs à l'obésité, qui servent de base à l'évaluation présentée dans l'annexe VI-1.

La base 2002 des dépenses de soins de la population obèse, estimée à 10,7% de la population, est de 2,1 Md€ selon l'estimation Emery. Pour aboutir à une évaluation 2006 minimale des coûts de l'obésité pour l'assurance-maladie, il ne paraît pas infondé :

- de prendre en compte un accroissement de 2,5% des prix unitaire de traitement entre 2002 et 2006 (sur une base très inférieure à l'accroissement des coûts de traitements réellement observés sur certaines pathologies par l'annexe VI-1) : la prise en compte de cette évolution de 2,5% par an aboutit à une réévaluation de 215 M€ de cette base 2002 ;
- de prendre en compte les chiffres de prévalence de la population obèse, constatés en **2006**, dont on peut rappeler que selon OBEPI elle est de 12,4%, selon l'ENNS de 16,9%, selon MONA LISA de 20%. La prise en compte des chiffres médians d'ENNS conduit à réévaluer le chiffrage Emery, relatif au coût total de l'obésité, de 58 % pour tenir compte de la prévalence de la population obèse en 2006.

Sur la base de ces deux actualisations, la dépense de soins de la population obèse en 2006 peut être évaluée à 3,6 Md€.

Si on estime avec l'IGAS que la dépense de soins de la population en surpoids est équivalente à la dépense de la population obèse (approche rejoignant les constats approchés de l'étude Lévy de 1992, déjà ancienne), la dépense de la population en surcharge pondérale (obèse + surpoids) peut être estimée à 7,2 Md€ en valeur 2006 (3,6 + 3,6).

A cette dépense, on ajoute dans le schéma IGAS, 0,2 à 0,3 de dépenses « cancer » liées au surpoids. La dépense assurance maladie liée à la surcharge pondérale dans le schéma IGAS exprimée en valeur 2006 serait de 7,5 Md€.

Si l'on prenait en compte les chiffres de l'enquête MONA LISA en 2006, il faudrait :

- ajuster de 18% le coût 2006 de l'obésité (et donc des dépenses liées à la surcharge pondérale) par rapport à l'estimation précédente ;
- tenir compte du fait que, selon cette enquête, la population des hommes en surpoids ne représente pas le double mais le triple de la population obèse.

2. L'estimation des dépenses hors cancer des personnes en surcharge pondérale s'établit selon l'IGF dans une fourchette de 8,1 à 10,3 M€ en 2006

Tout en prenant acte des limites de l'étude Emery et des sous estimations qu'elle paraît comporter, la méthode jugée la moins hasardeuse, a consisté à retenir l'évaluation des dépenses de soins qui ressort de cette étude tant sur la population P1 que P2 soit 4,2 Md€ (valeur 2002) mais à l'actualiser en 2006.

L'actualisation 2006 de la base 2002 s'opère, selon cette méthode, en prenant en compte :

- une augmentation des coûts unitaires de traitement de 2,5% par an entre 2002 et 2006 (modérée par rapport aux évolutions réellement constatées) ;

- Annexe VI-2, page 9 -

- les chiffres 2006 d'ENNS sur la prévalence de l'obésité et du surpoids (médians entre l'estimation OBEPI et l'estimation MONA LISA) ;
- les chiffres 2006 d'OBEPI sur la part représentée dans la population en surpoids par celle qui présente au moins un facteur de risque traité pour l'hypertension, le diabète ou les dyslipidémies (assez comparables, voire inférieurs à ceux constatés par la CNAMTS comme le montrent les tableaux figurant dans la première partie du rapport de synthèse au III-C).

Les calculs sont détaillés dans les tableaux ci- après.

Tableau 3 : Détermination de la population prise en compte pour un chiffrage 2006

	Population obèse/ Population totale	Population en surpoids avec 1 facteur de risque/ Population totale	Population en surpoids / Population totale
Hypothèses Emery 2002	10,7%	5,3% IMC> 27 et < 30	ND
Chiffre ENNS 2006	16,9%	ND	32%
Chiffre OBEPI 2006	12,4	46,8% de 29,2% soit 13,6%	29,2%
Chiffres ENNS 2006 pour la prévalence surpoids et obésité Chiffres OBEPI 2006 pour les facteurs de risque traités	16,9%	46,8% de 32,4% soit 15%	32%

A partir des résultats du tableau ci-dessus sont formulées deux hypothèses sur la part représentée en 2006 par la population en surpoids présentant un facteur de risque par rapport à la population totale :

- une hypothèse basse fixée, par prudence, à 10% (soit un niveau inférieur à celui qu'on obtiendrait en appliquant strictement les chiffres OBEPI 2006) ;
- une hypothèse « haute » de 15%, relativement conservatrice elle aussi, puisqu'elle n'intègre pas la totalité des facteurs de risque de la population P2 (présence d'un accident cardio-vasculaire) mais seulement les facteurs de risque identifiés par l'enquête OBEPI.

Tableau 4 : Détermination du coût 2006 de la population obèse et en surpoids avec facteur de risque (diabète, hypertension ou dyslipidémie déclarés) hors cancer

En Md€ Sur la base ENNS 2006	Population obèse	Population en surpoids avec facteur de risque	Total
Dépense Emery 2002	2,1	2,1	4,2
Actualisation prix 2,5% par an	2,3	2,3	4,6
Hypothèse conservatrice à 10% de la population totale	3,6	4,3	7,9
Hypothèse « haute » à 15 % de la population totale	3,6	6,5	10,1

Reste à déterminer les dépenses de la population en surpoids (hors cancer) qui ne présente pas de facteur de risques.

- il ne semble pas justifié de retenir pour la population en surpoids sans facteur de risque une hypothèse très forte de « surcoût » des dépenses associées au surpoids. Pour cette population, l'IGF retient de façon relativement conservatrice l'hypothèse

basse faite par l'étude d'A. Expert d'un surcoût de 3% des seules consommations ambulatoires⁷ ;

- si sur la base de l'étude Emery la consommation ambulatoire moyenne de la population de poids normal peut être évaluée à 910 € en base 2002, soit 1 000 € en base 2006⁸ le surcoût moyen de consommation de la population en surpoids peut être estimé à 30 € en 2006.⁹

La population en surpoids sans facteur de risque peut être évaluée à 17% de la population adulte totale selon les chiffres ENNS dans l'hypothèse haute,¹⁰ 22% dans l'hypothèse basse. L'estimation de la dépense sur ces bases varie entre 181 M€ et 234 M€ selon l'hypothèse retenue.

L'ensemble de ces considérations conduit à estimer la fourchette des dépenses associées à l'obésité et au surpoids de la façon suivante.

Tableau 5 : Estimation IGF des dépenses 2006 associées au surpoids et à l'obésité (hors cancer)

Md€ 2006	Fourchette basse Population en surpoids avec risque = 10% de la population totale	Fourchette haute Population en surpoids avec risque = 15% de la population totale
Obésité	3,6	3,6
Surpoids avec risque	4,3	6,5
Surpoids sans risque	0,23	0,18
Total	8,13	10,28

3. Cette fourchette de coûts paraît une estimation minimale

Il convient d'observer que l'estimation précédente ne prend pas en compte les différents paramètres suivants :

- concernant la base des estimations,
 - o l'estimation des dépenses hospitalières de l'étude Emery apparaît minorée : la seule prise en compte d'une dépense hospitalière moyenne analogue à la consommation ambulatoire observée reviendrait à majorer de 40% au minimum les coûts unitaires moyens retenus par l'étude¹¹ ;
 - o la prise en compte d'une valeur moyenne des indemnités journalières, observée généralement pour l'assurance maladie (7% de la dépense de soins selon l'IGAS) reviendrait à majorer la dépense remboursée par l'assurance maladie de 7%, sans prendre en compte les pensions d'invalidité éventuellement servies, soit pour la population P2 une majoration de 180 € du coût unitaire moyen 2002 retenu par l'étude ;
 - o les effets minorants de la correction introduite pour tenir compte de la proportion plus élevée de personnes en ALD dans les populations P1 et P2 dans les calculs Emery ne peuvent être évalués en l'absence d'indications fournies par l'étude sur ce point : ils sont susceptibles d'être relativement importants quand on observe que le pourcentage des populations P1 et P2

⁷ L'estimation d'un surcoût de 3% est relativement conservatrice : en effet l'estimation basse d'A.Expert fait intervenir une correction de l'âge constaté sur la population en surpoids par rapport à l'ensemble des assurés. Hors cette correction (qui appelle les mêmes observations que la régression multiple opérée par l'étude Emery) **la dépense ambulatoire moyenne de la population en surpoids est supérieure de 20% à celle de la population générale des assurés.**

⁸ Dans l'hypothèse d'une revalorisation de 2,5% par an (sans tenir compte des très fortes revalorisations des consultations médicales intervenues entre temps).

⁹ Ce chiffre serait de 200 euros si l'on ne faisait pas intervenir de correction de l'âge.

¹⁰ 32% -15%, soit 5,3 millions de personnes.

¹¹ La dépense hospitalière prise en compte pour les populations P1 et P2 s'établit respectivement à 712 et 755 € alors que les dépenses ambulatoires s'établissent respectivement à 1 714 € et 2 047 ; sur la base d'une dépense hospitalière moyenne de 1 800 euros, la dépense moyenne de soins devrait être revalorisée de 44%.

en ALD s'établit à 25 et 27% (cf. développements au II A ci-après sur l'estimation des dépenses ALD associées aux personnes en surcharge pondérale) ;

- concernant les hypothèses d'évolution des coûts unitaires
 - o une hypothèse d'actualisation de 2,5% par an a été retenue : les constats de l'annexe VI-1 et ceux, faits un peu plus loin sur l'évolution des coûts unitaires des traitements des patients en ALD ou pour l'assurance maladie en général, peuvent rendre plausible l'hypothèse selon laquelle l'évolution moyenne annuelle du coût unitaire des traitements a été de 4% ou 5% par an et non de 2,5%.
- Concernant la population concernée
 - o Les chiffres de l'enquête MONA LISA sur la prévalence et l'obésité conduiraient à majorer de 18% les hypothèses retenues sur les effectifs en obèses en 2006 ;
 - o Les chiffres retenus par l'enquête OBEPI pour estimer la population en surpoids présentant au moins un facteur de risques traité sont sans doute sous estimés :
 - o ils ne prennent pas en compte tous les facteurs de risque retenus par l'étude Emery mais seulement ceux associés à l'hypertension, au diabète et aux dyslipidémies ;
 - o ils reposent sur les seules déclarations des intéressés et apparaissent, risque par risque, moins élevés que ceux qui ressortent des chiffres de la CNAMTS (cf. rapport de synthèse).

L'IGF n'a pas estimé utile néanmoins de formuler une hypothèse d'évaluation prenant en compte ces divers paramètres mais s'appuie sur ces différents éléments d'appréciation pour estimer que **la fourchette de 8,1 à 10,3 Md€ des surcoûts associés aux soins de patients obèses ou en surpoids pour l'assurance maladie est bien une évaluation minimale des coûts associés en 2006 aux déséquilibres alimentaires, hors prise en compte des coûts associés à l'alcool, aux maladies cancéreuses et de la totalité des dépenses d'ALD.**

II. L'ÉVALUATION DES DÉPENSES ASSOCIÉES À UNE ALIMENTATION DÉSÉQUILIBRÉE SUR LES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

Le chiffrage précédent reste incomplet. Il ne prend pas en compte en effet :

- les incidences d'une alimentation déséquilibrée sur les pathologies cancéreuses ;
- les dépenses de soins des pathologies spécifiques liées à l'alcool ;

Les informations relatives aux dépenses consenties par l'assurance maladie au titre des diverses pathologies, liées à l'alimentation, prises en charge à 100% pour une fraction des assurés au titre des affections de longue durée, peuvent laisser penser que le chiffrage de l'IGF (qui ne prend pas en compte ces dépenses d'ALD) est encore en dessous de la réalité.

Ces informations montrent surtout l'importance stratégique de la politique nutritionnelle pour prévenir l'accroissement prévisible des dépenses d'assurance maladie.

A. Le débat sur les parts attribuables à la nutrition dans le coût des maladies cancéreuses

L'estimation retenue par l'annexe VI-1 des liens entre les déséquilibres alimentaires (hors alcool) et le coût pour l'assurance maladie des maladies cancéreuses repose, comme cela est indiqué, sur les analyses faites par les plus hautes autorités scientifiques françaises sur la part attribuable au surpoids dans les différentes pathologies cancéreuses, telle qu'elle ressort de l'analyse du rapport sur « Les causes du cancer en France » récemment publié¹².

Les liens entre la nutrition et l'incidence des maladies cancéreuses restent cependant fortement débattus dans la communauté scientifique et ne sauraient se ramener, en tout état de cause, à la seule estimation du facteur de risque que représenterait le surpoids. Les liens entre l'alimentation et le cancer ne se limitent pas à ce seul facteur, tant en termes de facteurs de risque aggravants qu'en termes de protection contre le cancer :

- on rappellera en premier lieu l'estimation historique de référence de Doll et Peto, prise en compte dans le diagnostic établi en 2000 par le Haut comité de la santé qui a servi de base à l'élaboration du PNNS et de la loi de santé publique¹³ ; cette estimation, actualisée en 2005, fait état d'une part attribuable de 25% (avec une fourchette d'incertitude de 15% à 35%) aux facteurs nutritionnels dans les décès par cancer ;
- on peut également se référer aux analyses développées par le rapport du Ministère de la santé, de l'Institut de veille sanitaire (INVS) et du Conservatoire National des Arts et métiers de 2003 intitulé « *Alimentation nutrition et cancer, vérités hypothèses et idées fausses* », présentées dans l'annexe III « données scientifiques » qui font apparaître nettement les liens entre la nutrition et certains cancers ;
- mais surtout les recommandations et constats établis par le WCRF, sur la base de cinq ans de travaux insistent fortement sur ces liens.

Au regard de ces constats du WCRF et des travaux récents des professeurs Jean de Kervasdoué et Serge Herberg qui seront ci-après rappelés, **il n'est pas apparu à la représentante de l'IGF que l'effet (hors alcool) d'une alimentation déséquilibrée et de l'absence d'exercice physique sur les dépenses d'assurance maladie liées au traitement des maladies cancéreuses était limité à 0,30 M€ en 2006.**

1. L'analyse par la section française du WCRF des liens entre le cancer et la nutrition

a) L'analyse de la situation française

La section française du WCRF commente ainsi les statistiques sur le cancer en France sur son site¹⁴ : « **Avec 278 000 nouveaux cas de cancer en 2000 contre 160 000 en 1980, la France connaît une ascension considérable de l'incidence de cette maladie, avec une augmentation des décès de 16%, passant de 124 000 à 145 000. De plus, entre 35 et 64 ans, le cancer est de très loin la maladie la plus mortelle. Elle représente donc une priorité de santé publique, qui ne peut que s'amplifier du fait du vieillissement de la population. La probabilité d'avoir un cancer au cours de sa vie est estimée à une sur deux pour un homme et une sur trois pour une femme.**

- **Cancer du sein** : en France, en 2003, 42 000 nouveaux cas ont été déclarés. De nombreux cas auraient pu être évités par une augmentation de la consommation de produits végétaux, par une diminution de la consommation d'alcool ainsi que par le maintien d'un poids équilibré et la pratique d'une activité physique régulière.

¹² Les causes du cancer en France : Rapport conduit sous la responsabilité des Académies de médecine et des sciences, du Centre international de recherche sur le cancer, de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer et de l'Institut de veille sanitaire, mars 2008. (« Attributable causes of cancer in France in the year 2000 »)

¹³ En 1981, R. Doll et R. Peto, épidémiologistes avaient estimé (avec une fourchette d'incertitude de 10 à 70%) que 35% des décès par cancer aux États-Unis étaient liés à des facteurs nutritionnels ..

¹⁴ <http://www.fmrc.fr/index.lasso>.

L'incidence est plus forte chez les sujets à obésité post ménopausique, à puberté précoce ou à croissance rapide.

- **Cancer du côlon-rectum** : en France, 35 230 nouveaux cas ont été déclarés en 2003 dont de nombreux cas auraient pu être évités par une augmentation de la consommation de légumes et de la pratique sportive, ainsi que par une diminution de la consommation d'alcool, de viandes et de charcuteries et de la surcharge pondérale.[...]

Malgré une évolution relativement satisfaisante des habitudes de consommation alimentaire des Français, on peut relever trois principaux groupes à risque qui représentent 43% de la population française : les « jeunes mangeurs » (75% de jeunes entre 18 et 24 ans) et les « petites mangeuses pressées » (70% de femmes jeunes, dont deux sur trois sont en âge de procréer) ont une consommation insuffisante de fruits et légumes et une consommation trop forte de produits caloriques ; les « gros mangeurs », eux (90% d'hommes entre 25 et 54 ans), associent à la faible consommation de fruits et légumes, un manque de diversité alimentaire et une consommation excessive d'alcool. »

b) Le lien établi par les recommandations du WCRF entre les déséquilibres alimentaires et diverses pathologies cancéreuses

Le site présente également le résumé en français des principaux constats et recommandations du WCRF.

Les constats relatifs aux liens convaincants ou non des divers aliments avec les différentes formes de cancer sont reproduits dans l'annexe III « données scientifiques ». Seront rappelées ici les 8 recommandations générales et les 2 recommandations spécifiques figurant dans ce résumé quant à la prévention du cancer. Ces recommandations font en effet apparaître de façon extrêmement claire les liens établis par le WCRF entre le surpoids, l'alimentation, diverses pathologies et la prévention du cancer.

1. **La première recommandation concerne la corpulence** : « être aussi mince que possible, dans les limites de la fourchette de poids normale ».

En découlent deux directives de santé publique :

- o L'indice de masse corporelle (IMC) médian de l'adulte doit être compris entre 21 et 23, selon les caractéristiques spécifiques de la population concernée ;
- o Dans dix ans, la proportion de la population en surpoids ou obèse doit être non supérieure, voire inférieure, au pourcentage actuel .

Ces recommandations découlent d'un considérant : « *Le maintien d'un poids optimal tout au long de la vie pourrait être l'un des principaux moyens de se protéger du cancer, tout en se défendant également contre plusieurs autres pathologies chroniques courantes.* »

2. La deuxième recommandation concerne **l'activité physique** : « être physiquement actif au quotidien »

En découlent deux directives de santé publique :

- o tous les dix ans, réduire de moitié la proportion de population sédentaire, étant précisé que sédentaire renvoie à un PAL inférieur ou égal à 1,4 ;
- o le niveau moyen d'activité physique (physical activity level ou PAL) doit être au-dessus de 1,6¹⁵.

¹⁵ Le PAL représente l'intensité moyenne d'activité physique quotidienne. Il est calculé en divisant la dépense énergétique par le métabolisme de base au repos.

3. La troisième recommandation concerne **les aliments et les boissons favorisant la prise de poids** : « limiter la consommation d'aliments à forte densité calorique et éviter les boissons sucrées »

En découlent deux directives de santé publique :

- o réduire la densité calorique moyenne de l'alimentation à environ 125 kcal/100 g, étant précisé que **les « aliments à forte densité calorique » sont ceux dont l'apport énergétique est supérieur ou égal à environ 225-275 kcal/100 g** ;
- o tous les dix ans, réduire de moitié la consommation moyenne de boissons sucrées de la population étant précisé que la recommandation concerne essentiellement les boissons contenant des sucres ajoutés et qu'il convient de limiter également la consommation de jus de fruits.

En découlent trois recommandations pour les individus :

- o consommer peu d'aliments à forte densité calorique ;
- o éviter les boissons sucrées ;
- o éviter autant que possible les plats préparés et la restauration rapide, étant précisé que les plats préparés et la restauration rapide ont généralement une forte densité calorique quand ils sont consommés fréquemment et en grandes quantités.

4. La quatrième recommandation concerne **les aliments d'origine végétale** : « consommer principalement des aliments d'origine végétale »

En découlent deux directives de santé publique :

- o la population doit consommer en moyenne au moins **600 g** par jour de légumes non féculents et de fruits
- o intégrer à l'alimentation quotidienne de la population au moins 25 grammes de polysaccharides non féculents sous forme de céréales (graines) et/ou de légumes secs relativement peu transformés ainsi que d'autres aliments riches en fibres.

5. La cinquième recommandation concerne **les aliments d'origine animale** : « limiter la consommation de viande rouge et éviter la charcuterie »

En découle une directive de santé publique : la population doit consommer en moyenne **moins de 300 g de viande rouge par semaine, dont une part minime ou nulle de charcuterie**.

Il est précisé que la « viande rouge » inclut le bœuf, le porc, l'agneau et le chevreau ainsi que la viande contenue dans les plats préparés et que la « charcuterie » comprend la viande traitée par fumage, séchage, salaison ou avec ajout d'agents chimiques de conservation ainsi que celle contenue dans les plats préparés.

Il est également indiqué que 300 g de viande rouge cuite correspondent à environ 400-450 g de viande crue, la correspondance exacte dépend du morceau, du rapport viande grasse/viande maigre, de la méthode et du degré de cuisson.

6. La sixième recommandation concerne **les boissons alcoolisées** : « limiter la consommations de boissons alcoolisées »

En découle une directive de santé publique : tous les dix ans, réduire d'un tiers la proportion de la population qui boit plus que la limite recommandée.

7. La septième recommandation concerne la **conservation, la transformation et la préparation des aliments** : « limiter la consommation de sel et éviter les céréales (graines) ou les légumes secs moisissés ».

En découlent trois directives de santé publique :

- **la population doit consommer en moyenne moins de 5 g de sel (2 g de sodium) par jour**, toutes sources confondues ;
- tous les dix ans, réduire de moitié la proportion de la population consommant plus de 6 g de sel (2,4 g de sodium) par jour ;
- minimiser la consommation d'aflatoxines provenant de céréales (graines) ou de légumes secs moisissés.

8. Les trois dernières recommandations concernent :

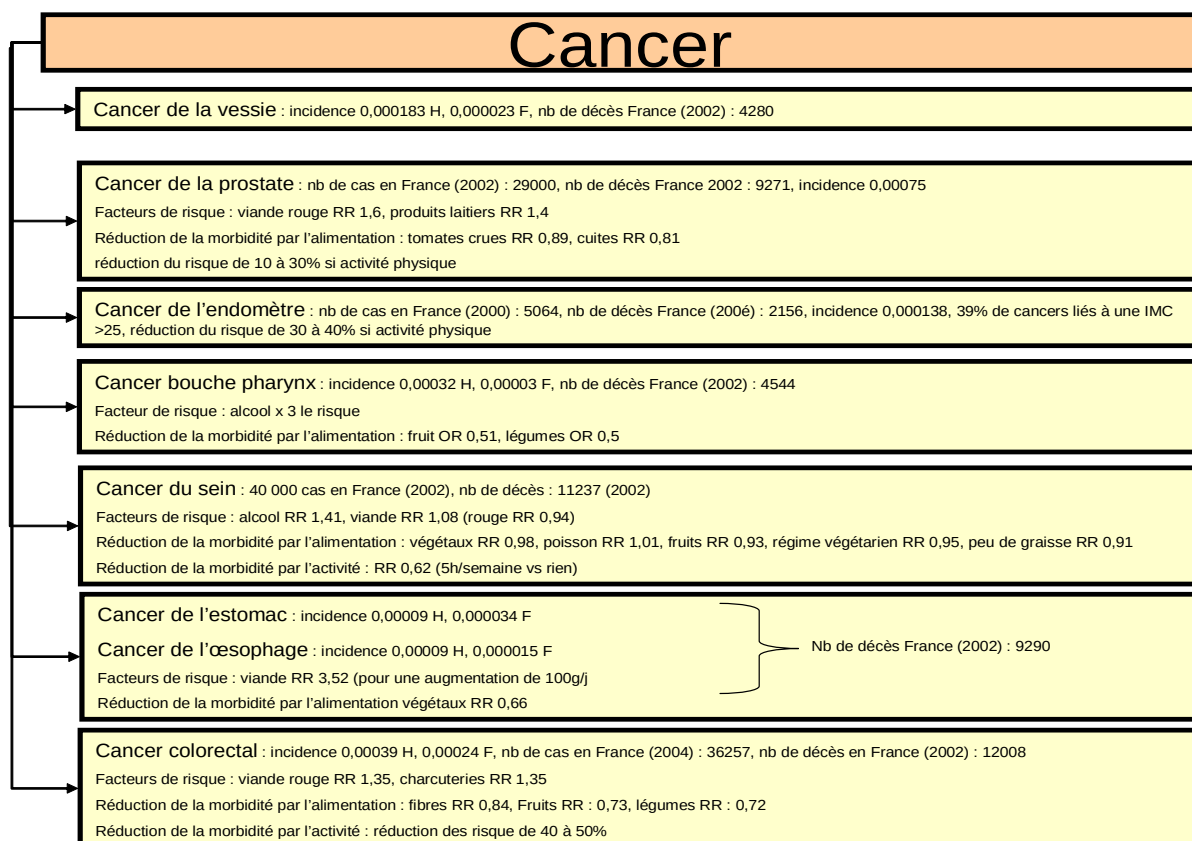
- les **compléments alimentaires** : « chercher à satisfaire les besoins nutritionnels uniquement par l'alimentation » habituelle (sauf cas très spécifiques) ;
- **l'allaitement** : « les enfants doivent être nourris au sein » ;
- **les personnes diagnostiquées d'un cancer** :
 - o les personnes diagnostiquées d'un cancer doivent bénéficier des conseils d'un professionnel de la nutrition ;
 - o si possible et sauf avis contraire, elles doivent, sauf en cours de traitement, suivre les recommandations concernant l'alimentation, le poids optimal et l'activité physique.

Si l'équilibre de la nutrition était si peu important (9% y compris alcool selon l'Institut national du cancer) dans la prévention et le traitement des cancers et si l'exercice physique seul suffisait à avoir un effet protecteur, on se demande vraiment pourquoi, au terme de cinq ans de travaux, des recommandations aussi fermes et précises du WCRF auraient été émises à l'égard du monde entier.

2. Les analyses du « rapport Kervasdoué »

Dans le cadre de l'évaluation que la Direction Générale de la Santé leur a demandé en 2006 de réaliser sur les liens de la nutrition et des dépenses de santé, l'équipe du Conservatoire National du CNAM animée par les professeurs Jean de Kervasdoué et Serge Herberg a remis un rapport intermédiaire en septembre 2007 qui établit notamment la liste des pathologies cancéreuses, associées selon eux à l'alimentation, accompagnée d'une synthèse de l'état de leurs connaissances sur la prévalence de ces pathologies et les risques relatifs associés à l'alimentation.

Cette synthèse, établie dans un Powerpoint, reproduit ci-après.



Il en ressort que :

- Le nombre de décès par cancers liés de près ou de loin à la nutrition a été élevé en 2002 : 52 800 ;
- l'exercice physique et la consommation de fruits et légumes jouent un rôle important de protection, dont le risque relatif est cependant fréquemment inférieur à 1 ; cet exercice physique doit être conséquent pour avoir un effet (cinq heures par semaine avec un RR de 0,5 pour le cancer du sein par exemple)
- certains aliments, notamment l'alcool, mais aussi la viande rouge (RR supérieur à 2 ou 3 selon les cas), le sel et les graisses, constituent des facteurs de risque forts pour certaines pathologies.

3. Conséquences tirées par l'IGF de ces analyses dans l'estimation des coûts associés aux maladies cancéreuses pour l'assurance maladie

L'IGF a estimé qu'il pouvait être fondé :

- d'associer à la fourchette basse de ses estimations, l'évaluation haute faite par l'IGAS des coûts associés à l'alimentation (y compris alcool) pour l'assurance maladie (soit 1,4 Md€) ;
- d'associer à la fourchette haute de ses estimations une part attribuable aux déséquilibres de l'alimentation (y compris l'alcool) de 20 % (soit une part inférieure aux 25% estimés par les travaux actualisés de Doll et Peto).

Pour évaluer les coûts correspondants, l'IGF retient (à titre encore une fois de prudence) la base 2004 des dépenses du cancer estimées par l'Institut du cancer, soit 10,9 Md€, bien que l'estimation par la CNAMTS des seuls coûts associés aux ALD reconnues pour des maladies tumorales s'élèvent à 14 Md€ la même année (cf ci après).

Ces considérations l'amènent à inscrire une somme de 2,2 Md€ au titre des maladies cancéreuses dans la fourchette haute de son estimation des coûts entraînés par une alimentation déséquilibrée pour l'assurance maladie.

B. L'estimation des coûts associés à la consommation excessive d'alcool

L'annexe IV établie par l'IGAS sur la situation nutritionnelle présente quelques éléments de la dernière estimation réalisée par l'INSERM sur les coûts associés à l'alcool, résumés dans le tableau suivant, **établi en francs**.

Tableau 6 :

Coût sanitaire de l'alcoolisme en hypothèse haute (en millions de francs)	
Pathologies directement liées à l'alcool	6 900
Troubles mentaux	4 618
Cirrhose du foie	1 132
Tumeur maligne cavité buccale, pharynx et larynx	918
Tumeur maligne oesophage	231
Ivresse SAI	142
Pathologies indirectement liées à l'alcool	9 500
Schizophrénie	2 871
HTA	1 759
AVC	1 742
Dépression	1 262
Anxiété	561
Total	16 400
Source : Reynaud et coll. [5].	

Source : ADSP n° 46 Mars 2004

L'IGAS indique : « la dépense (qui est une fourchette basse) est évaluée à 2,5 Mds € (16,4 MdF). Ce chiffre estimé pour 1996, pour être actualisé, doit prendre en compte la baisse d'incidence de ces pathologies mais aussi la hausse du coût des traitements ».

Quelques éléments permettent d'actualiser cette évaluation faite sur une base 1996 :

- l'annexe VI-1 permet d'évaluer assez précisément le coût 2004 des cancers associés à l'alcool dans une fourchette de 0,88 à 1,14 Md€ (soit une multiplication par 5 en euros courants depuis 1996 bien que le nombre de cas de cancers ait baissé) ; cette estimation a déjà été prise en compte ci-dessus ;
- les chiffres disponibles sur le coût en ALD des maladies du foie et cirrhoses s'établissent à 1,18 Md€ en 2004 (cf. tableau ci-après au II B) ; une progression sensible pour la seule population en ALD de 11,3 % par an a été observée par la CNAMTS sur la période 1994-2004 ; on ne retiendra de cette estimation des dépenses liées aux maladies du foie (qui n'inclut pas les dépenses des patients non ALD) que la moitié de façon conservatoire, (hypothèse forfaitaire de l'auteur en l'absence de données précises recueillies sur ce point par ses collègues et en considérant que ces maladies peuvent avoir, selon le Larousse médical, d'autres causes que l'alcool - comme l'hépatite C - mais que la consommation d'alcool est une cause prépondérante de ces pathologies).

- sur les postes liés aux maladies cardio-vasculaires et à l'hypertension, on considérera (selon une hypothèse simplificatrice et également minorante¹⁶) que les dépenses ont été déjà comptées dans le cadre de l'évaluation relative à la population en surcharge pondérale ;
- sur les postes liés aux maladies mentales, on procède à une actualisation des coûts constatés sur les seuls troubles mentaux directement liés à l'alcool identifiés par l'étude de 2004 : on considérera de façon conservatrice que la dépense a simplement doublé depuis 1996¹⁷ : ces hypothèses conduisent à une estimation d'1,4 Md€ de ce poste de dépenses.

Sur ces bases, les surcoûts directs pour l'assurance maladie, liés à la surconsommation d'alcool, peuvent être estimés en 2006 à 1,1 + 0,6 + 1,4 soit 3,1 Md€ hors maladies cardio-vasculaires et 2 Md€ hors cancers.

Cette évaluation ne prend pas en compte les coûts induits pour l'assurance maladie et l'ensemble de la société par les violences (conjugales et autres) ainsi que les accidents de la route, etc. entraînés par la consommation excessive d'alcool.

C. Évaluation globale par l'IGF des coûts pour l'assurance maladie des troubles et pathologies associés aux déséquilibres alimentaires

1. Selon l'IGF, l'évaluation minimale de la charge pour l'assurance maladie des déséquilibres de l'alimentation s'élève entre 11,5 et 14,5 Md€

Sur la base des méthodes d'évaluation exposées ci-dessus dans le détail et des informations complémentaires recueillies sur les liens entre l'alimentation et les maladies cancéreuses, l'estimation IGF peut donc être présentée dans le tableau récapitulatif suivant selon deux hypothèses basse et haute :

- l'hypothèse basse considère que la population en surpoids, présentant au moins un facteur de risque cardio-vasculaire déjà traité, ne représente que 10 % de la population assurée et que l'alimentation et la sédentarité n'interviennent que pour 10% dans les risques des maladies cancéreuses ;
- l'hypothèse haute considère que la population en surpoids présentant au moins un facteur de risque s'élève à 15% de la population totale et que la part attribuable au cancer s'élève à 20%.

Tableau 5 : Estimation IGF des dépenses 2006 associées à une alimentation déséquilibrée

Md€ 2006	Hypothèse basse Population en surpoids avec risque = 10% de la population totale Part attribuable cancer : 10%	Hypothèse haute Population en surpoids avec risque = 15% de la population totale Part attribuable cancer : 20%
Surcharge pondérale (cf. I)	8,1	10,3
Maladies cancéreuses (cf. II A)	1,4	2,2
Alcool hors cancer (cf II B)	2	2
Total	11,5	14,5

¹⁶ Cette hypothèse signifie que les maladies cardio vasculaires entraînées spécifiquement par l'alcool ne concernent pas d'autres individus que ceux qui ont une surcharge pondérale, ce qui est évidemment inexact et pêche par défaut

¹⁷ Le coût ALD associé aux maladies mentales a augmenté de 3,4% par an sur la période 1994-2004 selon la CNAMTS

Cette estimation ne prend pas en compte les indemnités journalières remboursées par ailleurs par l'assurance maladie (évaluées en moyenne à 7% des dépenses de soins) ni la totalité des dépenses remboursées par l'assurance maladie aux patients atteints des pathologies ayant un lien avec l'alimentation et pris en charge à 100% au titre des affections de longue durée (ALD) dont les montants, considérables, et l'importance déterminante dans l'avenir du financement de l'assurance maladie seront rappelés ci après.

2. Remarques sur la part attribuable à l'alimentation proprement dite dans ces dépenses

Tous les exercices visant à imputer à un facteur particulier la responsabilité d'un montant de dépenses d'assurance maladie ou d'un nombre défini de décès ont quelque chose de relativement artificiel : l'apparition d'une pathologie est multifactorielle, la connaissance de ses coûts bien incertaine (si l'on en juge les développements qui précèdent), les modalités de prise en charge médicale éminemment variables... Le bon sens populaire dirait qu'il faut bien mourir de quelque chose et il est depuis longtemps démontré que les dernières années de vie sont celles où l'on coûte le plus cher à la Sécurité sociale, quelle que soit la cause du décès.

Il est donc à la fois vrai et faux d'imputer à une alimentation déséquilibrée les coûts qui viennent d'être évalués : vrai parce qu'une alimentation déséquilibrée a pu aggraver l'incidence du risque à hauteur de 10, 20 voire 50%, faux, parce qu'elle n'est en rien responsable directement de la façon dont le risque est diagnostiqué, traité et enfin pris en charge par l'assurance maladie. Il reste qu'on peut espérer diminuer de 10, 20 ou 30%, voire plus, le nombre de cas nouveaux chaque année par une politique préventive plus vigoureuse et espérer ce faisant limiter la croissance impressionnante des dépenses observées les années précédentes sur des troubles chroniques bien précis dont l'apparition est incontestablement liée le plus souvent à des déséquilibres alimentaires...

Les tenants du statu quo en matière de politique nutritionnelle n'ont cessé d'insister sur le caractère multifactoriel des déséquilibres pondéraux observés et l'impossibilité de fixer une part attribuable précise à l'alimentation. Le surpoids et l'obésité s'aggravent, les pathologies chroniques et évitables qui en découlent également, les experts internationaux analysent précisément les causes, mais on ne saurait en tirer des conséquences trop vigoureuses en termes d'action publique sur l'alimentation et déconseiller ouvertement la consommation de certains aliments.

L'auteur de la présente annexe a été totalement convaincue du contraire par l'abondante littérature dont elle a pris connaissance au cours de cette enquête. Une politique nutritionnelle plus interventionniste est de nature à diminuer dans des proportions très importantes le nombre de cas nouveaux d'obésité, de diabète, d'hypertension, etc. et les coûts qui en résultent pour la collectivité et surtout les patients.

Que l'exercice physique joue un rôle important dans l'équilibre pondéral et la prévention des pathologies chroniques est incontestable. Qu'il soit difficile de dissocier l'alimentation et l'exercice physique dans l'analyse des causes de la surcharge pondérale et des trois troubles chroniques qui lui sont directement associés par l'enquête OBEPI est non moins vrai.

Mais faut-il pour autant s'abstenir de toute action un peu plus significative sur la consommation des aliments trop gras, trop salés, trop sucrés :

- aucun médecin n'omettrait de prescrire en priorité une diminution de la consommation de sel ou d'aliments riches en cholestérol alimentaire et graisses saturées à un patient atteint de surpoids, d'hypertension, de dyslipidémie ou d'un risque à venir de diabète ou de maladie cardio-vasculaire ; il lui prescrirait certes aussi de faire de l'exercice physique mais ne compterait normalement pas sur le seul exercice physique pour l'aider à maîtriser ou prévenir ses troubles sans recourir excessivement à la prescription de médicaments ; les recommandations de l'AFSSAPS sur le traitement de ces pathologies paraissent assez claires sur la nécessité d'associer à l'exercice physique un régime alimentaire plus diététique, en amont ou en accompagnement d'un traitement ; l'effet d'une réduction de sel sur l'hypertension est avéré depuis des dizaines d'années ;

- l'effet d'une demi heure de marche rapide supplémentaire chaque jour se limite à une diminution des besoins énergétique de 100 à 150 calories, une heure de nage à une diminution 400 calories pour un adulte de poids moyen ; l'absorption de 100 grammes de cacahuètes équivaut à 700 calories, celle de 100 grammes de pop corn à 500 calories...et la liste peut être longue (cf. annexe VIII sur la valeur calorique aux 100 grammes de divers aliments). Il faut beaucoup d'heures de marche pour compenser une faiblesse passagère devenant souvent chronique ;
- l'exercice physique ne change malheureusement plus grand-chose à la prise de poids une fois l'obésité installée et les cellules adipeuses divisées, s'il n'est pas associé à un régime équilibré. Et il apparaît clairement à travers de nombreuses enquêtes que les personnes en surcharge pondérale se nourrissent de façon nettement plus déséquilibrée que d'autres.

L'auteur de ces lignes ne partage donc pas l'opinion, souvent répandue parmi les interlocuteurs de la mission, selon laquelle un peu plus d'exercice physique, une plus grande consommation de fruits et légumes et une meilleure maîtrise de la prescription et du traitement des maladies chroniques seraient suffisants pour atténuer la progression exponentielle des dépenses liées à une alimentation déséquilibrée dans une société vieillissante.

Les développements qui suivent sur le coût des pathologies liées à l'alimentation et leur place dans les dépenses d'assurance maladie tentent de faire apparaître l'importance stratégique d'une action plus offensive en matière de nutrition pour l'avenir du financement de l'assurance-maladie.

D. L'importance stratégique du sujet pour l'avenir des des dépenses d'assurance maladie

La seule source véritablement utilisable (mais incomplète) sur le coût des diverses pathologies est constituée par le recensement récent des dépenses et bénéficiaires d'ALD par pathologies réalisé par la CNAMTS¹⁸, les informations collectées sur la dépense de santé par la DREES et l'IRDES¹⁹ restant trop agrégées pour pouvoir être exploitées dans le cadre de la présente enquête.

1. La part des pathologies liées à l'alimentation dans les dépenses de l'assurance-maladie consenties au titre des affections de longue durée apparaît importante et la croissance de ces dépenses particulièrement soutenue

a) Un montant de dépenses considérable, représentant 75% des dépenses d'ALD

Le tableau ci-après donne les chiffres relatifs aux dépenses remboursées tous régimes aux personnes en affection de longue durée pour des pathologies ayant un lien avec l'équilibre de l'alimentation sur la période novembre 2003 à octobre 2004, ainsi que le nombre de bénéficiaires au 31 décembre 2006.

Il en ressort que **la dépense totale afférente au traitement des patients atteints par ces pathologies en ALD représentait en 2004 41,6 Md€, soit 75% des dépenses d'ALD, telles qu'elles ont été évaluées par la CNAMTS²⁰.**

¹⁸ Points de repère octobre 2006 n°3 et septembre 2007 n°9 Coût des trente affections de longue durée pour l'assurance maladie.

¹⁹ Cf. Études et résultats n° 504 juillet 2006 Étude DREES- IRDES portant sur « les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France » Il en ressort néanmoins qu'en 2002 le traitement des maladies de l'appareil circulatoire représentaient 12,6% de la dépense de soins (hors traitement des facteurs de risques) soit 13,6 Md€, quand le traitement des maladies tumorales en représentaient 7,5% (soit 8 Md€), celui des maladies de l'appareil digestif 5,2%, celui des maladies endocriniennes, métaboliques, immunitaires et de la nutrition 4,2%.

²⁰ Étant néanmoins précisé que les statistiques établies par la CNAMTS sur les dépenses d'ALD posent un problème de consolidation : en effet si un malade présente plusieurs affections, ce malade sera représenté dans chacune des affections concernées.

Ces 41,6 Md€ représentent le tiers des dépenses d'assurance maladie en 2004.

Tableau 8 : Données relatives aux remboursements en ALD des pathologies liées à l'alimentation

	dépense totale en millions d'euros 2004	Nombre d'assurés concernés en milliers au 31 décembre 2006
Maladies cardio-vasculaires	17 519	2 476
<i>Accident vasculaire cérébral</i>	2 353	209
<i>Insuffisances cardiaques graves, troubles du rythme cardiaque</i>	3 469	486
<i>Hypertension artérielle sévère</i>	5 543	910
<i>Artéropathies chroniques avec manifestations ischémiques</i>	2 701	349
<i>Maladie coronaire</i>	4 965	746
Diabète	8 966	1 402
Tumeurs malignes	13 957	1 500
Maladies chroniques du foie et cirrhoses²¹	1 182	145
Sous total	41 624	5 523
Pour Mémoire Ensemble des ALD	55 675	7 687

Source : CNAMTS

L'essentiel des dépenses sont concentrées sur les maladies cardio-vasculaires, le diabète et le cancer.

Bien que ces sommes soient déjà par elles-mêmes fort élevées, elles ne retracent pas l'ensemble de la dépense de remboursement de la CNAMTS relative aux maladies concernées : en effet, les personnes en affection de longue durée ne représentent que 13,6% de l'ensemble des assurés.

En outre les dépenses associées au traitement des maladies mentales, fréquemment associées à la consommation excessive d'alcool et aux troubles de la nutrition ne sont pas prises en compte dans cette liste.

b) Une croissance soutenue depuis dix ans

Les informations complémentaires, figurant dans ces études, font apparaître la croissance moyenne annuelle particulièrement élevée des coûts et du nombre de personnes en ALD au titre de ces pathologies sur la période 1994- 2004.

Au vu des indications du rapport de synthèse sur l'évolution de la prévalence des pathologies liées à l'alimentation, on peut considérer qu'indépendamment de la croissance des coûts unitaires de traitement et des progrès des diagnostics médicaux ainsi que de l'évolution des pratiques d'admission en ALD, cette évolution est partiellement liée à l'évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité au cours de cette période (accentuée par le vieillissement de la population) : celle-ci s'est accompagnée d'une forte croissance de la prévalence des facteurs de risques cardio-vasculaires dans la population en surpoids ou obèse.

²¹ Ces pathologies ont été incluses dans le recensement, en ce qu'elles ont un lien direct avec la consommation d'alcool.

Tableau 9 : Données relatives aux taux de croissance moyens observés en ALD sur la période 1994-2004

	Remboursement annuel moyen par assuré	croissance annuelle moyenne des effectifs	croissance annuelle moyenne du coût moyen	croissance annuelle moyenne du coût total
	en euros 2004	1994-2004 en %	1994-2004 en %	1994-2004 en %
Accident vasculaire cérébral	9 642	4,5	0,2	4,7
Insuffisances cardiaques graves, trouble du rythme cardiaque	6 803	3,5	1,8	5,4
Hypertension artérielle sévère	5 577	4,7	3,0	7,8
Artéropathies chroniques avec manifestations ischémiques	7 478	2,2	1,9	4,1
Maladies coronaires	5 964			
Diabète	5 910	6,2	2,9	9,2
Tumeurs malignes	8 572	6,3	1,4	7,8
Maladies chroniques du foie et cirrhoses	7 152	9,9	1,2	11,3
Ensemble des ALD	7 068	5,7	1,0	6,7

Source : CNAMTS

2. L'évaluation des dépenses ALD imputable aux patients ayant une consommation alimentaire déséquilibrée

Il serait bien entendu absurde d'imputer la totalité des dépenses ainsi constatées et de leur évolution à une alimentation déséquilibrée car de très nombreux facteurs interviennent non seulement dans l'évolution des dépenses de soins, comme cela est souligné dans l'annexe IV-1 mais également dans les critères administratifs d'admission au remboursement au titre des ALD.

Toutefois, il est apparu intéressant d'évaluer les dépenses entraînées pour l'assurance maladie par les patients en ALD n'ayant pas une alimentation équilibrée en adéquation avec leur activité physique soit qu'ils soient en surpoids ou obèses, soit qu'ils consomment trop d'alcool ou n'aient pas une alimentation leur permettant de mieux se protéger contre les maladies cancéreuses.

1. Concernant en premier lieu le diabète et l'hypertension,

- les études de la CNAMTS font apparaître que **80% des diabétiques traités sont en ALD** et que **45% des patients traités pour hypertension** sont en ALD.
- **Les statistiques d'OBEPI font apparaître que les personnes obèses ou en surpoids représentent 78% des diabétiques traités et 70% des hypertendus traités en 2006 ;**

Il paraît possible sur cette base d'estimer que :

- o 78% des coûts de l'ALD diabète (8 966 M€) sont imputables à des patients en surcharge pondérale, soit **6,3 Md€** ;
- o 70% des coûts ALD de l'hypertension sévère (5 577 M€) sont imputables à des patients en surcharge pondérale, soit **3,9 Md€** ;

2. Pour ce qui concerne les maladies cardio vasculaires autres que l'hypertension sévère, on peut faire l'hypothèse que :

- compte tenu de l'âge auquel ces maladies interviennent, elles concernent plutôt une population âgée de plus de 45 ans ;
- au sein de cette population âgée de plus de 45 ans, on compte deux tiers de personnes en surpoids ou obèses (cf. statistiques ENNS et MONALISA) ;

- compte tenu des liens étroits que la consommation régulière de sel, de graisses et d'alcool entretient avec l'hypertension, l'athérosclérose et les maladies coronaires, il n'est pas aberrant de considérer que la part attribuable à une alimentation déséquilibrée s'établit entre 50 et 66%²² ;
- en conséquence on peut estimer que le coût de ces déséquilibres est de l'ordre de la moitié aux deux tiers des dépenses d'assurance maladie engagées pour des maladies cardio-vasculaires (soit 4,2 à 5,6 Md€ pour les maladies cardio vasculaires en ALD hors hypertension).
- 3. Pour ce qui concerne les dépenses liées aux maladies cancéreuses, on peut s'en tenir aux deux hypothèses de part attribuable de 10 et 20%, ce qui conduit à estimer la dépense ALD imputable à une alimentation déséquilibrée des patients concernés **entre 1,4 et 2,8 Md€**.
- 4. Pour ce qui concerne les dépenses liées aux maladies du foie, on peut s'en tenir à l'hypothèse très conservatrice d'une part attribuable de 50% de l'alcool faite plus haut et évaluer la dépense à **0,6 Md€**.

Sur ces bases on peut estimer que **les dépenses d'ALD consenties par l'assurance maladie aux patients admis en ALD au titre de pathologies ou troubles chroniques, assez directement imputables aux déséquilibres de l'alimentation et à la sédentarité, s'élevaient en 2004 entre 17,2 et 20 Md€,** sans prendre en compte les dépenses de soins liées aux pathologies mentales associées à ces troubles, ni les indemnités journalières.

Ces calculs laissent penser que l'estimation IGF reste encore très en deçà de la réalité des dépenses imputables à une alimentation déséquilibrée pour l'assurance maladie.

3. L'importance de replacer la politique nutritionnelle au cœur de la maîtrise des dépenses d'assurance-maladie

Les projections financières des dépenses d'assurance-maladie à l'horizon 2015 font apparaître la particulière importance d'une maîtrise des dépenses associées aux pathologies liées à l'alimentation. C'est du moins la conclusion que l'on peut tirer du point d'information du 5 juillet 2007 de la CNAMTS relatif aux perspectives de l'assurance maladie en 2015.

Cette note fait apparaître les principaux points d'analyse suivants sur le constat :

- la lecture des dépenses de santé sur plus de 25 ans (1979-2006) met en avant une hausse tendancielle de celles-ci, à savoir une croissance annuelle de 1,3 point supérieure à celle du PIB en moyenne ;
- à fin 2005, les dépenses remboursées s'élevaient à 140 milliards d'euros (dont 63 Mds € pour les soins de ville) ;
- une part importante de ces dépenses est en toute logique concentrée sur les patients les plus lourds :
 - o ainsi, 20% de la population assurée du Régime général représentent 73% des dépenses de soins de ville ;
 - o ainsi les 13,6% de patients en ALD représentent-ils 60% des dépenses d'assurance maladie.

En ce qui concerne les perspectives 2015 la note indique :

- sur la base d'un rythme d'évolution tendanciel des dépenses d'assurance maladie conforme à la tendance passée (1,3 point de plus que le PIB), **les dépenses de santé**

²² Cf. notamment constats de la banque mondiale sur les facteurs de risque « burden of disease » des maladies cardiovasculaires

passeraient de 140 milliards € en 2006 à un montant de 210 milliards € environ en 2015 (données tous régimes). Les soins de ville devraient atteindre plus de 100 milliards d'euros de dépenses (dont 33 milliards d'euros pour la pharmacie) et l'hospitalisation autour de 105 milliards d'euros ;

- selon ces projections, le taux de croissance des dépenses pour les assurés en ALD et les autres assurés serait équivalent (respectivement + 21% et +20%) entre 2005 et 2015, néanmoins, 70% des remboursements seraient concentrés sur les ALD en 2015 contre 60% actuellement. Par ailleurs, **la croissance des dépenses d'ALD représenterait plus de 80% de la hausse tendancielle des dépenses, principalement sur les dépenses de médicaments et d'hospitalisation.**

La maîtrise des dépenses liées aux ALD constitue donc un véritable enjeu pour le système de santé.

Indépendamment de toutes les mesures qui pourraient être prises pour mieux maîtriser l'évolution des dépenses médicalisées, il apparaît important que tous les moyens soient mis en œuvre pour prévenir en amont le développement de l'incidence des pathologies concernées et également éviter autant que faire se peut le recours excessif aux traitements médicamenteux de pathologies qu'un régime alimentaire plus équilibré devrait permettre d'éviter.

C'est probablement l'intérêt que pourraient avoir les recommandations formulées dans le rapport de synthèse, visant à :

- créer par l'action fiscale un effet de signal sur la détermination des pouvoirs publics à mener une politique nutritionnelle plus interventionniste ;
- permettre ce faisant la mise en place de moyens supplémentaires pour l'éducation et la prévention nutritionnelles ;
- trouver un nouveau mode de responsabilisation des assurés en amont de l'apparition des pathologies pour corriger des troubles comme l'hypertension ou la dyslipidémie par la mise en œuvre plus précoce de régimes alimentaires plus équilibrés.

ANNEXE VII

DONNÉES FISCALES

Établie sous la responsabilité de Véronique Hespel et Jérôme Chevalier (IGF)

SOMMAIRE

I. LA FISCALITE APPLICABLE AUX PRODUITS ALIMENTAIRES EN FRANCE..... 1

- A. La TVA touche toutes les dépenses consacrées à l'alimentation, le plus souvent à un taux réduit 1
 - 1. Bref rappel du cadre communautaire applicable 1
 - 2. La TVA appliquée en France sur les produits alimentaires et les boissons..... 1
 - 3. La « dépense fiscale » résultant de la taxation au taux réduit de l'ensemble des produits destinés à l'alimentation humaine 2
 - 4. La TVA appliquée à la restauration..... 2
- B. Les droits d'accises applicables aux boissons 3
 - 1. Les droits portant sur les boissons alcoolisées 3
 - 2. Les droits portant sur les boissons non alcoolisées 4
 - 3. Le rendement des droits d'accises..... 5
- C. Les spécificités des droits et taxes appliquées aux boissons alcoolisées..... 7
 - 1. Des droits d'accises parfois très modérés et non revalorisés depuis des années 7
 - 2. Des droits pesant inégalement sur l'alcool inclus dans les portions moyennes absorbées et pesant sur le prix de vente des diverses boissons 7
 - 3. L'affectation d'une partie de ces taxes à la Sécurité Sociale 11
- D. Les initiatives fiscales récentes touchant le secteur alimentaire..... 12
 - 1. La taxe sur la publicité des produits alimentaires..... 12
 - 2. La taxe sur les ventes au détail de poissons 12

II. LA FISCALITE APPLICABLE DANS LES AUTRES PAYS 12

- A. En ce qui concerne les produits alimentaires et les boissons non alcoolisées 12
- B. En ce qui concerne les boissons alcoolisées..... 15

III. LES SCENARIOS FISCAUX ALTERNATIFS POUVANT ÊTRE ENVISAGES 18

- A. Les propositions récentes émises sur le sujet 18
- B. Les scénarios fiscaux étudiés et non retenus par la mission dans ses propositions..... 19
 - 1. Le scénario de la taxe nutritionnelle proposé en juin 2006 par le groupe de travail de la direction de la Sécurité sociale (DSS)..... 19
 - 2. Le scénario d'une taxe sur les consommations intermédiaires de sucre, sel et matières grasses des industries agroalimentaires 24
 - 3. Le scénario d'une révision des modalités d'exonération de la taxe sur les publicités..... 25
 - 4. Le scénario d'une baisse de la TVA sur les fruits et légumes 27

PIECE JOINTE N°1 - LA FISCALITE APPLICABLE AU TABAC

I. LA FISCALITE APPLICABLE AUX PRODUITS ALIMENTAIRES EN FRANCE

A. La TVA touche toutes les dépenses consacrées à l'alimentation, le plus souvent à un taux réduit

1. *Bref rappel du cadre communautaire applicable*

La législation communautaire autorise actuellement les Etats membres à appliquer un taux normal de TVA qui ne peut être inférieur à 15% et un ou deux taux réduits de TVA qui ne peuvent être inférieurs à 5%.

Ces derniers sont applicables aux livraisons de biens et aux prestations de services des catégories visées à l'annexe III de la directive 2006/112/CE du 28 novembre 2006, auxquelles il convient d'ajouter les fournitures de gaz naturel et d'électricité¹, certains produits de l'agriculture², ainsi que les services à forte intensité de main d'œuvre figurant à l'annexe IV à la directive déjà citée.

En France, le taux réduit est à égal à 5,5% et le taux normal à 19,6%.

La France n'a pas pour l'instant utilisé la possibilité qui lui était offerte d'utiliser un deuxième taux réduit, qui pourrait s'insérer comme « taux intermédiaire » entre les taux de 5,5% et de 19,6%.

Les États membres peuvent maintenir, pendant la durée de la période « transitoire » dont le terme n'est pas fixé par la directive, des taux inférieurs à 5% (tels que par exemple le taux de 2,10% appliqué en France aux médicaments remboursables ou à la presse) **s'ils les appliquaient avant 1991**³.

Ceci signifie que l'extension du champ d'application du taux de 2,10% à certains produits alimentaires (comme les fruits et légumes) ne serait pas conforme au droit communautaire, puisque les États membres peuvent seulement maintenir, à titre transitoire, des taux réduits inférieurs au taux minimal de 5% pour autant que ces taux étaient applicables au 1^{er} janvier 1991.

En revanche, les États membres ont la possibilité de passer du taux réduit au taux normal de TVA les taux applicables à certains produits. Une proposition, telle que celle qui a été discutée dans le cadre de la 1^{ère} lecture à l'Assemblée nationale du Projet de loi de finances pour 2008 mais n'a pas été adoptée⁴ ne soulève pas d'objection juridique particulière au regard des règles communautaires.

Les règles communautaires ne permettent pas en revanche aux États membres de créer des taxes assises sur le chiffre d'affaires *ad valorem* autres que la TVA.

2. *La TVA appliquée en France sur les produits alimentaires et les boissons*

En application de l'article 278 bis du code général des impôts (CGI), les produits utilisés pour l'alimentation humaine sont soumis au taux réduit de 5,5% de la TVA. Cette possibilité est prévue au point 1 de l'annexe III à la directive du 28 novembre 2006 précitée.

Ce taux s'applique aux produits suivants :

- eau et boissons non alcooliques ;
- produits alimentaires à l'exception des produits de confiserie, des margarines et graisses végétales, du caviar et de certains produits de chocolat. Ces produits relèvent du taux normal de 19,6%.

¹ Dans les conditions fixées à l'article 102 de la directive précitée.

² Fleurs coupées et bois de chauffage à usage domestique (article 122 de la directive précitée).

³ Article 110 de la directive du 28 novembre 2006 précitée.

⁴ Amendement n° 229 3ème séance jeudi 18/10/07 visant à appliquer le taux normal de TVA aux boissons sucrées et divers produits de « grignotage ».

La mission n'a pas retrouvé les éléments de contexte permettant de connaître avec précision les motifs qui avaient présidé à l'instauration du taux de 19,6% sur les produits spécifiquement énumérés à l'article du 278 bis du CGI. La DLF considère cependant qu'« aucune considération sanitaire n'a motivé ce choix ».

3. La « dépense fiscale » résultant de la taxation au taux réduit de l'ensemble des produits destinés à l'alimentation humaine

Le coût de cette taxation au taux réduit par rapport à une taxation au taux normal, a été estimé par la DGTPE à partir des comptes nationaux disponibles jusqu'en 2005.

Tableau 1 : Dépense fiscale du taux réduit de TVA sur les produits alimentaires

Coût du Taux Réduit sur les produits d'alimentation en Mds d'€		2003	2004	2005
A	Agriculture, sylviculture, pêche	3,08	3,17	3,24
A01	Agriculture, chasse, services annexes	2,69	2,79	2,85
A02	Sylviculture, exploitation forestière, services annexes	0,01	0,01	0,01
A03	Pêche, aquaculture	0,39	0,37	0,38
B	Industries agricoles et alimentaires	13,42	13,81	14,07
B1	Industries de la viande et du lait	7,14	7,32	7,36
B01	Industrie des viandes	4,49	4,62	4,66
B02	Industrie du lait	2,66	2,70	2,70
B2	Autres industries agricoles et alimentaires	6,28	6,49	6,71
B03	Industrie des boissons	0,72	0,74	0,74
B04	Travail du grain	0,17	0,17	0,17
B05	Industries alimentaires diverses	5,39	5,58	5,80
Coût global du Taux Réduit		16,50	16,98	17,31

Source : DGTPE bureau des études fiscales (FIPU2).

Au total, ce coût est estimé en 2005 à 17,3 Md€, dont 14,1 pour les IAA.

4. La TVA appliquée à la restauration

Les règles de TVA applicables au secteur de la restauration sont fondées sur la distinction entre les ventes à emporter de produits alimentaires ou de plats préparés qui sont passibles du taux réduit de 5,5% (article 278 bis du CGI) et les ventes à consommer sur place qui constituent une prestation soumise au taux normal de 19,6%⁵.

Des négociations ont été engagées par la France auprès de l'Union européenne pour obtenir l'autorisation d'appliquer un taux réduit de TVA aux prestations de restauration consommées sur place. Ces négociations s'inscrivent dans un projet de réforme plus vaste concernant les services prestés localement visant à encourager les créations d'emploi dans les secteurs économiques à fort contenu en main-d'œuvre.

⁵ La restauration à emporter, qui est assimilée, sur le plan fiscal, à la vente de produits alimentaires, suit le taux du produit, qui est en général le taux réduit.

B. Les droits d'accises applicables aux boissons

1. Les droits portant sur les boissons alcoolisées

a) Le cadre communautaire

Les taux et structures du système d'accises applicables à l'alcool et aux boissons alcoolisées sont définis dans la législation communautaire. Ils sont définis par les directives suivantes.

- directive n° 92/83/CEE (site Europa) du Conseil du 19 octobre 1992 concernant l'harmonisation des structures des droits d'accises sur l'alcool et les boissons alcooliques ;
- directive n° 92/84/CEE (site Europa) du Conseil du 19 octobre 1992, concernant le rapprochement des taux d'accises sur l'alcool et les boissons alcooliques.

Ces textes ont défini respectivement les catégories d'alcool et de boissons alcooliques soumises à accises et la méthode de calcul de l'accise. Il s'agit des catégories suivantes : bière, vin, boissons fermentées autres que la bière et que le vin (par exemple, le cidre et le poiré), produits intermédiaires (par exemple, le porto et le vin de Xérès) et alcool éthylique (boissons spiritueuses).

Les textes communautaires ont également précisé les bases d'imposition à retenir :

- tarif exprimé en hectolitre de produit pour les vins, les boissons fermentées autres que les vins ainsi que les produits intermédiaires ;
- tarif exprimé en hectolitre de produit par titre alcoométrique acquis pour les bières ;
- tarif exprimé en hectolitre d'alcool pur pour les alcools éthyliques et les bières (soit un tarif exprimé par degré alcoométrique du produit).

Sous réserve du respect de ces règles, les États membres disposent d'une marge d'appréciation pour adapter leur fiscalité à la réalité économique et sociale de la production et de la commercialisation des produits alcooliques.

b) La fiscalité applicable aux boissons alcooliques en France

Le régime fiscal appliqué en France aux boissons alcooliques est fondé sur ces dispositions codifiées au code général des impôts. Les boissons alcooliques sont, par ailleurs, soumises à la TVA.

En outre, certaines boissons sont soumises à une taxation poursuivant des finalités spécifiques de santé publique, il s'agit notamment de la taxe CNAM (caisse nationale d'assurance maladie) sur les boissons alcooliques titrant plus de 25% vol, et de la taxe sur les mélanges de boissons alcooliques et non alcooliques, dite " taxe Premix ". La cotisation de sécurité sociale sur les boissons alcooliques ayant un titre alcoométrique volumique acquis supérieur à 25% vol s'élève à 0,13 euros par décilitre ou fraction de décilitre, soit 1,30 euro par litre.

Le montant des droits d'accises diffère en fonction des types de produits : il est faible sur les produits fermentés (vins, bières...), élevé sur les produits distillés (alcool) et intermédiaire sur les produits mélangeant les deux types de produits (vins de liqueurs).

Tableau 2 : Montant des droits d'accises par catégorie de produits

Catégorie de produit	Année de référence	Article du CGI	Tarif actuel en €	Référence de taxation
Cidres/Poirés/Hydromels	1982	438	1,20	€/HL
Bières moins de 2,8 % vol.	1996	520 A	1,30	€/HL/degré ⁶
Bières de plus de 2,8 % vol. et brassées par une petite brasserie indépendante dont la production annuelle est inférieure ou égale à 10 000 HL	2006	520 A	1,30	€/HL/degré
Bières de plus de 2,8 % vol. et brassées par une petite brasserie indépendante dont la production annuelle est supérieure à 10 000 HL et inférieure ou égale à 50 000 HL	2006	520 A	1,56	€/HL/degré
Bières de plus de 2,8 % vol. et brassées par une petite brasserie indépendante dont la production annuelle est supérieure à 50 000 HL et inférieure ou égale à 200 000 HL	2006	520 A	1,95	€/HL/degré
Bières plus de 2,8 % vol.	1996	520 A	2,60	€/HL/degré
Vins tranquilles	1982	438	3,40	€/HL
Autres boissons fermentées	1982	438	3,40	€/HL
Vins mousseux	1982	438	8,40	€/HL
Vins doux naturels VDN AOC	1993	402 bis	54,00	€/HL
Autres produits intermédiaires	1993	402 bis	214,00	€/HL
Rhum des DOM	1996	403	835,00	€/HL d'alcool pur
Autres alcools	1996	403	1 450,00	€/HL d'alcool pur ⁷

Source : DGDDI.

c) Les redevables

Il existe un statut unique d'entrepositaire agréé (EA) délivré par les directeurs régionaux des douanes pour l'ensemble des opérateurs, que ceux-ci produisent, transforment, détiennent ou commercialisent les produits soumis à accises.

Le régime se caractérise par un fort encadrement réglementaire : les EA sont tenus de tenir une comptabilité-matière, d'être cautionnés et d'envoyer chaque mois au service des douanes une déclaration récapitulative des entrées et sortie de produits (DRM). La DGCCRF est chargée de vérifier la qualité des produits commercialisés.

d) Le fait générateur

Le fait générateur correspond à la mise à la consommation, c'est-à-dire la vente au consommateur (quel que soit l'opérateur qui l'effectue).

2. Les droits portant sur les boissons non alcoolisées

La taxation des eaux minérales est prévue par l'article 520 A. I.b du CGI qui prévoit un droit spécifique de 0,54€ par hectolitre pour les boissons non alcoolisées (BNA) qui comprennent toutes les sortes d'eau mais n'incluent pas les sirops et jus de fruits et légumes ni les nectars de fruit.

La DGDDI communique un rendement des BNA de 76,65 millions d'euros pour 2006 (sachant que l'essentiel des BNA est composé par des eaux).

⁶ Soit 2,6 €/HL pour une bière à deux degrés.

⁷ Soit 725 €/HL pour un alcool à 50 degrés.

Il existe également une surtaxe au profit des communes qui possèdent une source prévue par l'article 1582 du CGI, dont les taux sont votés par ces dernières dans un plafond de 0,54 € par hectolitre. Cette taxe n'est perçue que si son principe a été acté par une décision du conseil municipal. La DGDDI communique un rendement de 20,42 millions d'euros pour 2006 pour ces ressources.

3. Le rendement des droits d'accises

Le rendement est stable et représente peu ou prou chaque année autour de trois milliards d'euros.

Les deux tiers proviennent des droits de consommation sur les alcools qui subissent les montants d'imposition les plus importants.

Tableau 3 : Rendement des droits d'accise sur les boissons

Libellé	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Droit de circulation	126 560 807	128 087 317	127 232 487	123 463 533	121 412 924	116 926 852	118 944 126
Droits spécifiques : bières et boissons non alcoolisées	358 524 114	367 304 905	361 236 162	375 211 209	368 850 016	381 080 842	396 144 819
Surtaxe sur les eaux minérales	19 188 747	19 529 955	19 701 084	21 231 289	20 238 238	19 928 744	20 422 051
Premix	154 860	49 673	227 429	257 429	161 369	183 761	1 551 021
Droit de consommation. sur les alcools	1 874 965 886	1 960 232 010	1 954 352 865	1 906 182 827	1 911 299 219	1 882 937 438	1 953 683 461
Droit de consommation. sur les produits intermédiaires	183 991 007	189 859 067	183 409 360	142 609 676	122 575 777	123 567 994	119 468 038
Cotisation spéciale sur les boissons alcooliques	376 401 063	394 800 281	396 878 545	388 536 431	388 196 187	386 511 441	404 191 522
Dont frais d'assiette et de perception	9 583 995	9 906 662	9 972 227	9 705 836	9 697 187	59 318	
Soulte/Rhum et tafias	48 367	82 371	125 397	208 348	380 099	503 910	69 967
TOTAL	2 939 834 851	3 059 945 580	3 043 163 330	2 957 700 741	2 933 113 829	2 911 700 300	3 014 475 007

Source : DGDDI

C. Les spécificités des droits et taxes appliquées aux boissons alcoolisées

1. Des droits d'accises parfois très modérés et non revalorisés depuis des années

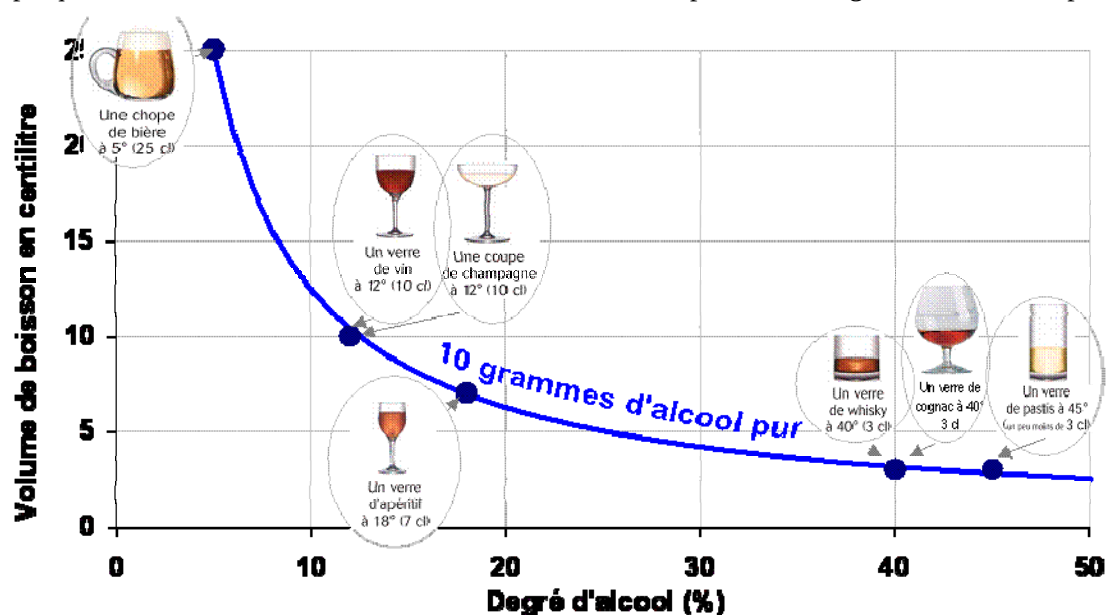
Les illustrations suivantes de la situation peuvent être données :

- **une bouteille de vin « tranquille »**, quel que soit son prix et son degré d'alcool, **supporte un droit de 3,4 centimes d'euros le litre**. Ce droit n'a pas varié depuis 1982. Le vin « tranquille » se distingue du vin « mousseux » (dont le champagne), qui supporte un droit un peu plus élevé, 8,4 centimes le litre, non revalorisé depuis 1982 non plus ;
- la bière supporte des droits différents selon que sa teneur en alcool est inférieure ou supérieure à 2,8% du volume : ces droits varient entre 3,64 c€ pour un litre de bière de 2,8% vol et 13 c€ le litre de bière de 5% vol. et n'ont pas été revalorisés depuis 1996 ;
- une bouteille de vin doux ordinaire supporte un droit de 54 centimes le litre, droit non revalorisé depuis 1993 ;
- les alcools distillés (cognac, vodka, whisky, etc.) supportent en général un droit de 14,5 € par litre d'alcool pur, droit non revalorisé depuis 1996. Le rhum, par exception, bénéficie d'un régime plus favorable : les droits sont fixés à 8,35 € le litre d'alcool pur depuis 1996 également.

2. Des droits pesant inégalement sur l'alcool inclus dans les portions moyennes absorbées et pesant sur le prix de vente des diverses boissons

La figure ci-après⁸ montre à quels volumes pour un verre correspondent 10 grammes d'alcool pur quel que soit le type de boisson. Pour la clarté de l'exposé, ces volumes seront retenus comme taille des « verres standards » dans les développements qui suivent, bien qu'en réalité les portions standards généralement servies dans les hôtels, cafés et restaurants soient légèrement supérieures.

Graphique 1 Volume des diverses boissons alcoolisées correspondant à 10 grammes d'alcool pur



Source : travaux de Catherine Hill communiqués par la DSS.

⁸ Source : Figure empruntée à des travaux de Madame Catherine Hill, Chef du Service de biostatistique et d'épidémiologie de l'Institut Gustave Roussy, communiqués à la mission par la DSS.

En multipliant le volume de boisson par le degré d'alcool, on obtient le volume d'alcool pur, on passe du volume d'alcool pur aux grammes d'alcool pur en sachant qu'un centilitre d'alcool pur pèse 8 g. Par exemple, 10 cl de vin à 12 degrés égalent 1,2 cl (10*12%) d'alcool pur et équivalent donc à 9,6 g (1,2 * 8) d'alcool pur.

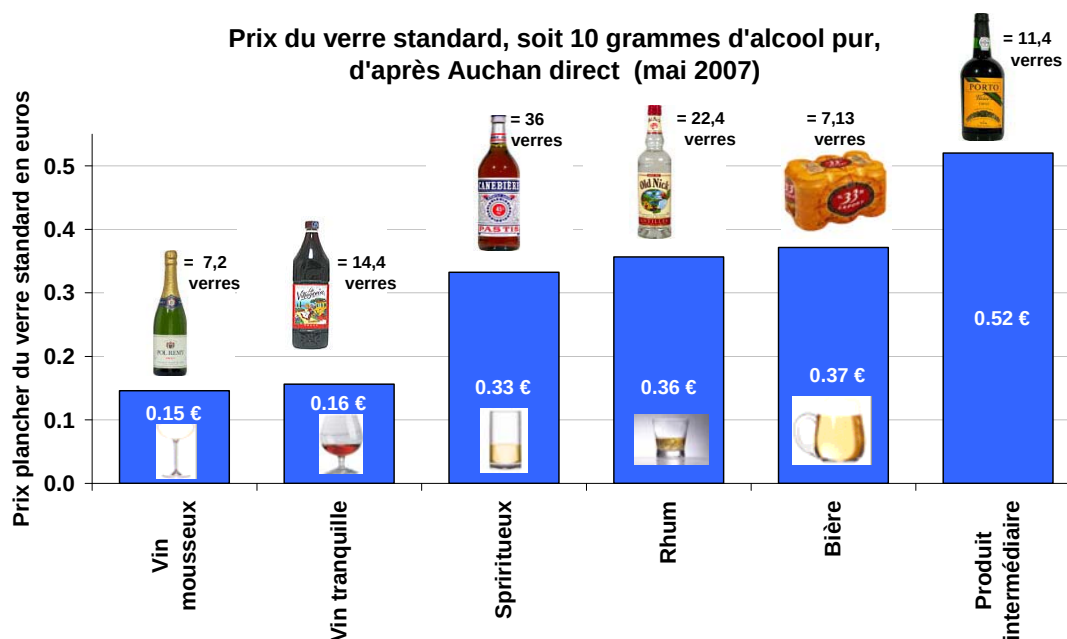
- Le tableau et la figure ci-après fournissent des indications sur le contenu en alcool de divers produits entrant dans les catégories fiscales et leur prix de vente relevé sur « Auchan direct » à la mi-2007⁹

Tableau 4 : Calcul du prix par verre pour chaque type de boisson, pour le produit le moins cher de chaque type d'après Auchan direct (avril 2007)

Type de boisson	Nom du produit	Volume en centilitres	Prix	Degré d'alcool	Grammes d'alcool par volume	Nombre de verres standard par bouteille	Prix par verre
		(1)	(2)	(3)	(4)=(1)×(3)×8	(5)=(4)/10	(6)=(2)/(5)
Vin mousseux	Mousseux brut Pol Rémy	75	1,05	12,0%	72,0	7,2	0,15
	La Villageoise	150	2,25	12,0%	144,0	14,4	0,16
Spiritueux	Pastis de Marseille	100	11,97	45,0%	360,0	36,0	0,33
Rhum	Old Nick	70	11,41	40,0%	224,0	22,4	0,36
Bière (pack de 6 x 33 cl)	« 33 » export	198	2,65	4,5%	71,3	7,13	0,37
Produit intermédiaire	Porto	75	5,93	19,0%	114,0	11,4	0,52

Source : travaux de C.Hill.

Graphique 2



Source : travaux de C. Hill

⁹ Relevés et calculés par Madame Catherine Hill.

- Le tableau ci-après établit les droits d'accises applicables par litre à ces produits et le pourcentage du prix de vente qu'ils représentent par litre.

Tableau 5 : Droits d'accises perçus par litre pour chaque type de boisson

Types de boisson	Prix de vente TTC en € au litre	Degré d'alcool	droits d'accises en €			montant total en € par degré et par litre*	% droit d'accise / prix de vente du litre
			Droits établis par litre	Droits sup par litre d'alcool pur	total droits d'accise par litre		
Vin mousseux	1,4	12	0,084	0	0,084	0,0070	6,0%
Vin tranquille	1,5	12	0,034	0	0,034	0,0028	2,3%
Alcool fort	11,97	45	1,3	6,525	7,825	0,1739	65,4%
Rhum	11,41	40	1,3	3,34	4,64	0,1160	40,7%
Bière (pack de 6 x 33 cL)	1,34	4,5	0,026	0	0,026	0,0058	1,9%
Porto	7,91	19	2,14	0	2,14	0,1126	27,0%

sur la base litre d'alcool pur = litre nb de degré.

Source : calculs mission.

On voit à travers ce tableau qu'un degré d'alcool est taxé de façon sensiblement différente selon les catégories de boissons : dans le cas de figure examiné, le degré d'un vin à 12° est nettement moins taxé (0,28 centimes par litre) que le degré d'un alcool fort à 40° (17,39 centimes par litre). Les bières, les vins et produits intermédiaires étant taxés indépendamment du degré d'alcool, le mécanisme fait que plus le nombre de degrés dans ces boissons augmente, moins les degrés sont taxés (contrairement à ce qui se passe pour les alcools forts et le rhum).

On voit également que les droits d'accises représentent un pourcentage très variable du prix de vente TTC des boissons. **Les pourcentages figurant dans les tableaux ci-dessus sont des maxima, puisqu'ils ont été déterminés sur les boissons a priori les moins chères sur le site de ventes en ligne consulté.** Les droits d'accises étant fixés de façon forfaitaire, ils n'augmentent pas quand le prix des boissons augmente : **ainsi les droits d'accises de 3,4 centimes sur un vin de qualité, vendu 5 euros le litre, ne représentera que 0,68 % du prix de vente et descendra à 0,34 % si ce vin est vendu 10 € ; celui perçu sur une bouteille de champagne à 15 € ne représentera que 0,56 % (et non 6 % comme sur la bouteille de vin mousseux).**

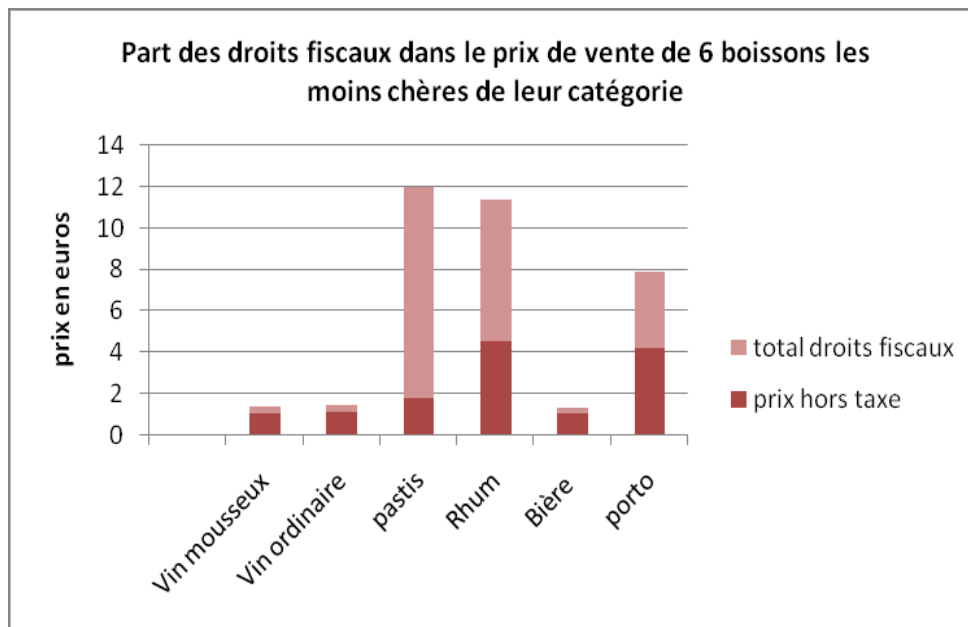
- Le tableau ci-dessous établit la part des droits fiscaux perçus (TVA + droits d'accises) par rapport au prix de vente par litre des 6 mêmes boissons

Tableau 6 : Droits fiscaux en € perçus par litre pour chaque type de boisson dans l'exemple retenu

Type de boisson	Prix au litre	Total droits d'accises	Montant de la TVA	Total droits fiscaux	%droits fiscaux/prix de vente
Vin mousseux	1,4	0,084	0,2744	0,3584	25,6%
Vin ordinaire	1,5	0,034	0,294	0,328	21,9%
Pastis	11,97	7,825	2,34612	10,17112	85,0%
Rhum	11,41	4,64	2,23636	6,87636	60,3%
Bière	1,34	0,026	0,26264	0,28864	21,5%
Porto	7,91	2,14	1,55036	3,69036	46,7%

On constate que les droits fiscaux totaux pèsent d'un poids beaucoup plus élevé sur les alcools forts et un produit intermédiaire comme le porto que sur les vins, ce qu'illustre le graphique ci-après.

Graphique 3



Source : calculs mission.

– Le tableau suivant présente les résultats, ramenés au verre de 10 grammes d'alcool :

Tableau 7 : Droits fiscaux (en centimes) perçus par verre de 10 grammes d'alcool pour chaque type de boisson

Type de boisson	Nb cl pour 10 g	Prix de vente du verre en centimes	Montant des accises par verre	Montant de la TVA en centimes	% droit d'accise prix de vente du verre standard	% droits fiscaux totaux/ prix de vente
Vin mousseux	10	15	0,84	2,94	5,60%	25,20%
Vin tranquille	10	16	0,34	3,136	2,13%	21,73%
alcool fort	3	33	23,475	6,468	71,14%	90,74%
Rhum	3	36	13,92	7,056	38,67%	58,27%
Bière	25	37	0,65	7,252	1,76%	21,36%
Porto	7	52	14,98	10,192	28,81%	48,41%

Source : calculs mission.

La hiérarchie des taux est à peine différente de la précédente.

Le montant des droits d'accises cumulé avec la TVA représente un pourcentage nettement plus faible du prix des produits vendus, par rapport à celui que l'on peut observer pour les taxes perçues sur un paquet de tabac. Il est vrai que sur la base de raisons de santé publique, une très forte revalorisation des droits et des prix du tabac a été conduite (cf. pièce jointe sur le dispositif applicable au tabac).

3. L'affectation d'une partie de ces taxes à la Sécurité Sociale

a) L'affectation de la TVA et des droits d'accises sur les alcools

Le produit des droits de consommation sur les alcools a été affecté de la façon suivante entre 2000 et 2004 :

Tableau 8 : Modalités d'affectation à la Sécurité Sociale de 2000 à 2004

	2000	2001	2002	2003	2004
Produits intermédiaires	FOREC ¹⁰	FOREC	FOREC	FOREC	Budget général
Alcools	FOREC : 55% CNAMTS : 45%				
Vins, poirés, cidres et hydromels	FOREC				
Bières et eaux	FOREC				

La loi de finances pour 2006 (art. 41) prévoit que les droits indirects sur les boissons et alcools (droit spécifique, droit de circulation, droit de consommation) sont affectés aux organismes de sécurité sociale. Depuis le 1er janvier 2008, la TVA alcool est affectée au financement des heures supplémentaires (cf. 3° de l'art. 53 de la LFI pour 2008).

b) Le niveau des ressources affectées

Les droits sur les alcools affectés au financement de la Sécurité Sociale ont évolué de la façon suivante au cours des dernières années.

Tableau 9 : Droits d'accises sur les alcools affectés au financement de la Sécurité Sociale (millions d'euros)

Catégorie de produit	Recettes CI 2005	% 2005/2004	Recettes CI 2006	% 2006/2005	Recettes CI 2007	% 2007/2006
Vins tranquilles	91,49	-3,59	92,95	1,60		
Vins mousseux	23,31	-4,99	24,04	3,13		
Cidres/Poirés/Hydromels	2,2	10,84	1,96	-11,13		
Total droits circulation	117	-3,63	118,94	1,66	117,88	-0,90
Bières moins de 2,8 % vol.	1,91	-47,37	1,84	-3,49		
Bières plus de 2,8 % vol.	303,24	5,21	317,65	4,75		
Boissons non alcoolisées	75,85	-1,50	76,65	1,06		
Total droits bières et BNA	381	3,29	396,14	3,98	385,07	-2,80
VDN AOC	22,57	-6,27	23,37	3,57		
Autres VDL	97,77	-0,74	96,09	-1,71		
Total droits de conso. sur les PI	120,34	-1,82	119,47	-0,72	112,79	-5,59
Rhum des DOM	76,7	2,13	79,69	3,89		
Autres alcools (Whiskies)	1809,46	-1,38	1871	3,40		
Total droits de conso. sur alcools	1886,16	-1,24	1950,69	3,42	1988,60	1,94
Total droits de circul+conso	2 504,50	-0,72	2 585,25	3,22	2 604,33	0,74

Source : informations communiquées par la DSS à la mission.

¹⁰ Créé par l'article 5 de la Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2000, et mis en place de manière effective en 2001, le FOREC est chargé de compenser les pertes de cotisations subies par les régimes de Sécurité Sociale du fait des mesures d'allègement de charges sociales sur les bas salaires, de la réduction négociée du temps de travail et des exonérations de cotisations d'allocations familiales. Son financement est assuré par des impôts et des taxes.

La TVA sur les alcools et produits alcoolisés a représenté, quant à elle, un rendement de 1 753 M€ en 2005, 1 840,5 M€ en 2006 pour la Sécurité Sociale¹¹.

D. Les initiatives fiscales récentes touchant le secteur alimentaire

1. La taxe sur la publicité des produits alimentaires

Les opérations publicitaires et promotionnelles sur les produits alimentaires doivent être accompagnées d'informations sanitaires. Si cette information fait défaut, une taxe de 1,5% du montant des dépenses est due au profit de l'institut national de prévention et de l'éducation pour la santé (INPES) mis en place en vigueur en mars 2007 (article L 2133-1 du CSP et décret n° 2007-263 du 27 février 2007 et arrêté du même jour ; article 1609 octovicies du CGI ; BOI 3 P-1-08)

Le rendement financier de cette taxe est très faible, 30 000 € pour les quatre premiers mois de 2008 (fin avril 2008), environ 100 000 € en 2007. Son recouvrement ne fait pas l'objet d'un contrôle spécifique, malgré ses modalités originales.

Les effets ne doivent pas être mesurés sur le plan financier. Sa mise en œuvre en 2007, obtenue non sans longue discussion avec les professionnels, a permis en effet la forte pénétration dans les esprits des cinq principaux messages nutritionnels du PNNS qui sont associés dorénavant à toutes les publicités alimentaires¹².

2. La taxe sur les ventes au détail de poissons

L'article 60 de la loi de finances rectificative pour 2007, codifié à l'article 302 bis KF du code général des impôts a institué, à compter du 1^{er} janvier 2008, une taxe sur les ventes au détail en France métropolitaine de poissons, crustacés, mollusques et autres invertébrés marins ainsi que sur les produits alimentaires comportant plus de 30% en poids de ces produits de la mer.

Cette taxe, votée pour permettre le financement d'un dispositif de soutien aux marins-pêcheurs est due par les personnes dont le chiffre d'affaires de l'année précédente a excédé un seuil de 763 000 €. Le taux de la taxe est fixé à 2% et calculé sur le montant hors taxe des ventes de ces produits de la mer.

II. LA FISCALITE APPLICABLE DANS LES AUTRES PAYS

A. En ce qui concerne les produits alimentaires et les boissons non alcoolisées

Les résultats synthétiques d'une enquête menée par la mission auprès des attachés fiscaux en Grande-Bretagne, Belgique, Espagne, Italie, États-Unis et Allemagne, résumés dans le tableau ci-après, fait apparaître que de nombreux pays intègrent dans leur système fiscal des préoccupations de santé.

On sait que depuis les années trente, un grand nombre d'États ou de collectivités des États-Unis appliquent des « fat taxes », en ce qu'elles appliquent des taux majorés sur les produits susceptibles de faciliter la prise de poids, tels que les boissons sucrées ou les plats préparés. Dans deux États seulement (Arkansas et Virginie) le produit de ces taxes est affecté au financement d'actions de santé publique et de prévention du surpoids par d'autres biais.

La Grande-Bretagne a décidé récemment d'appliquer un taux de TVA de 17,5% sur les crèmes glacées et les glaces, les confiseries et les boissons non alcoolisées ; elle a décidé de taxer au même taux, quand ils sont emballés, les chips, frites et produits similaires, les céréales gonflées ainsi que les noix salées ou grillées autres que les noix dans leur coquille.

¹¹ Source DSS.

¹² Cf. bilan de la pénétration des messages dans la population établi par l'INPES dans l'annexe IV relative au PNNS et à la situation nutritionnelle et épidémiologique en France.

La Belgique applique un taux de TVA de 21% sur les boissons et produits alimentaires liquides (sauf le lait et les boissons à base de lait et les sirops qui sont au taux réduit de 6% comme tous les autres produits alimentaires, y compris d'ailleurs la confiserie et les produits chocolatés).

L'Italie, quant à elle, applique un taux de TVA de 4% aux repas pris dans la restauration collective¹³ et de 10% aux produits alimentaires destinés à la consommation à domicile (soit un taux qui est presque le double de celui appliqué par la France sur les produits alimentaires).

¹³ Pour information :

La France soumet au taux réduit de 5,5% de la TVA :

- les repas fournis par les cantines d'entreprises et administratives et par les fournisseurs extérieurs de ces cantines (article 279 a bis du CGI et 85 bis de l'annexe III au CGI) ;
- les repas fournis, par des prestataires extérieurs, aux cantines des établissements scolaires et universitaires, aux établissements hospitaliers, sociaux et médico-sociaux, et aux restaurants pour personnes âgées gérés par des municipalités ou des CCAS et cantines de l'AFPA (DB 3 C 2212 n° 6 à 18) ;
- les recettes des entreprises concessionnaires ou fermières de cantines scolaires (DB 3 C 2212 n° 19 à 26).

Par ailleurs, sont exonérés de TVA les cantines scolaires et universitaires (article 261-4-4° a du CGI) et les repas servis aux patients des établissements de santé (article 261-4-1° bis du CGI).

Tableau 10 : Dispositifs fiscaux appliqués aux produits alimentaires dans d'autres pays

	Allemagne	Belgique	Espagne	Etats-Unis	Grande Bretagne	Italie
Mécanisme de taxe nutritionnelle	Une quote-part de la taxe premix est destinée au financement du secteur de la santé	Non	Non	Très grande diversité : 7 000 collectivités disposant du pouvoir de définir leurs propres règles fiscales. La plupart des États (sauf cinq) appliquent des "sales and use taxes" qui sont des taxes sur les consommations (la TVA n'existe pas) avec des taux entre 1 et 7%. Des exemptions sont souvent prévues pour les produits de première nécessité, notamment 31 sur 45 États n'imposent pas les aliments). Parfois les États n'imposent pas les aliments mais les repas pris au restaurant ou plats préparés. L'existence de sous-catégories comme les sodas ou les sucreries permet de réserver un sort particulier à certains aliments permettant de favoriser l'obésité en les excluant du champ des exonérations des "sales and uses taxes", mais il n'existe pas à proprement parler de "fat tax" malgré un fort débat sur la question (60% de la population en surpoids). Deux États seulement (Arkansas et Virginie occidentale) ont dédié le produit des taxations des boissons sucrées à des actions en faveur de la santé.	Non	Non
TVA taux super réduit	Non	Non	4% sur les aliments de base comme le pain, le lait, le fromage et les œufs.	Non	Non	4% produits alimentaires et boissons dans les cantines des entreprises, entreprises scolaires, soupes populaires.
TVA taux réduit	7% pour l'ensemble des produits alimentaires	6% sur les produits destinés à l'alimentation humaine, y compris confiserie et produits chocolats.	7% sur les produits destinés à l'alimentation humaine et animale	Non	0% sur la majorité des produits alimentaires	10% pour les autres produits
TVA taux normal	19%	21% sur boissons et produits alimentaires liquides (sauf le lait et les boissons à base de lait, les sirops composés d'au moins 50% de sucre qui sont au taux réduit)	16% ne s'applique pas aux produits alimentaires	Non	17,5% sur les crèmes glacées et glaces ; les confiseries ; les boissons alcoolisées ; autres boissons ; quand ils sont emballés : les chips, frites, produits similaires ; céréales gonflées ; noix salées ou grillées autres que noix dans leur coquille	

Source : bureau CF3 de la DGI réseau des attachés fiscaux.

B. En ce qui concerne les boissons alcoolisées

Il ressort des données d'Eurostat ci jointes ¹⁴ que **les prix de l'alcool en France se situaient au printemps 2006 9% en dessous du niveau moyen des prix de l'alcool dans l'Union européenne**, notre pays se situant juste derrière Chypre et devant la Pologne et les pays de l'Est nouvellement adhérents dont les prix alimentaires sont généralement beaucoup plus bas selon la même enquête. Parmi les Quinze, seuls le Luxembourg et l'Allemagne se situaient à un niveau encore inférieur à celui de la France pour les prix de l'alcool. Les prix observés en Norvège et en Islande étaient quant à eux supérieurs de plus du double de cette moyenne de l'UE, ceux de la Grande-Bretagne supérieurs de 50% à cette moyenne.

Cette situation ne résulte pas que des règles du marché mais des politiques fiscales diversifiées qui sont menées (cf. tableau ci-après) avec une dichotomie marquée entre les pays producteurs de tel ou tel alcool et les pays simplement consommateurs.

Les droits indirects portant sur les alcools sont régis par le droit communautaire, la politique fiscale est donc encadrée pour les pays de l'Union. Néanmoins, le taux minimal peut correspondre à un taux zéro. En pratique, les pays producteurs ne taxent pas leur production de vin en choisissant d'adopter un taux zéro (sauf la France qui le taxe de manière modique : 2,55 centimes d'euros par bouteilles de 75 centilitres), à l'inverse des pays consommateurs et non producteurs. Le même phénomène intervient pour la bière avec une dichotomie marquée entre les pays producteurs et les pays simplement consommateurs.

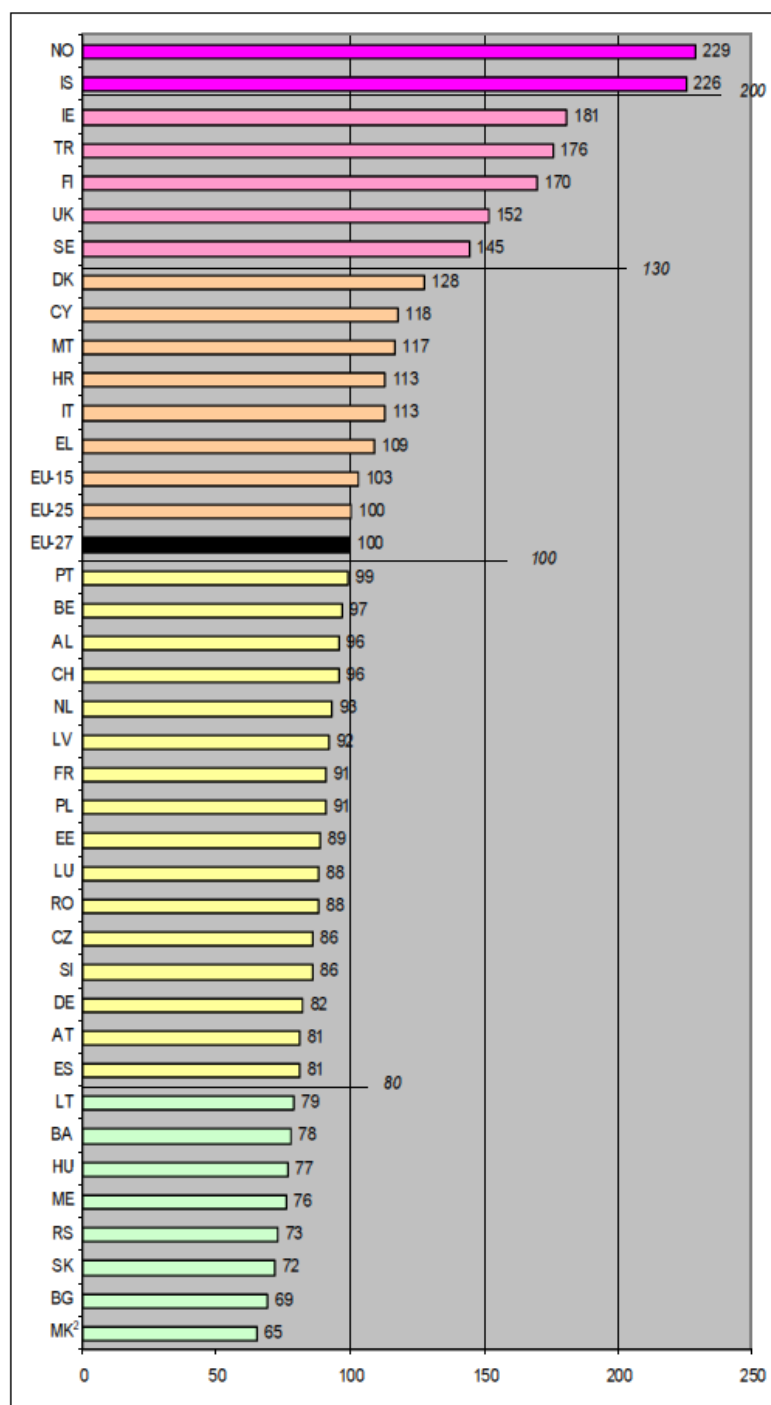
¹⁴ Cf. annexe données économiques.

Tableau 11 : Taux d'accises appliqués dans l'Union

Pays	Bières			Vins (€/hl)			Produits intermédiaires (€/hl)		Alcools €/HAP	
	Bières >2,8°	Petites brasseries	Bières <2,8°	Vins tranquilles	Vins mousseux	Taux réduits (<8,5%vol)	Taux normaux	Taux réduits (<15% vol.)	Taux normaux	Taux réduits
Belgique	1,7€/hl/°Plato	de 1,4 à 1,6€/hl/°P		47	161	14,8	de 99 à 161	de 74 à 161	1752	
République tchèque	0,8€/hl/°Plato	de 0,4 à 0,7€/hl/°P		0	79		79		895	449
Danemark	6,8€/hl/°alc.	réductions		de 82 à 123	de 123 à 164	de 52 à 93	de 123 à 164	de 52 à 123	2010	
Allemagne	0,8€/hl/°Plato	de 0,4 à 0,6€/hl/°P		0	136	51	153	de 102 à 136	1303	730
Estonie	3,7€/hl/°alc.	<3 000 hl = 1,85€/hl/alc		66,4	66,4	21,7	107		971	
Grèce	1,13€/hl/°Plato	<200 000 hl = 0,57€/hl		0	0		45		1090	545
Espagne	0,9€/hl/°Plato		de 1,2° à 2,8° : 2,7€/hl/°alc.	0	0		55,5	33	830	726
France	2,6€/hl/° alc.	de 1,3 à 1,95€/hl/° alcool	de 0,5° à 2,8° : 1,3€/hl/° alc.	3,4	8,4		214		1450	835
Irlande	19,8€/hl/°alc.	<20 000hl : -50%		273	546	91	396	273	3925	
Italie	2,35€/hl/°Plato			0	0		68,5		800	
Chypre	4,8€/hl/° alc.			0	0		46		610	
Lettonie	1,8€/hl/° alc.	<10 000hl : 0,9€/hl/°alc.		43,1	43,1		100,5	60	905	
Lituanie	2€/hl/°alc.	1€/hl/°alc.		43,4	43,4	11,5	67	43	926	
Luxembourg	0,8€/hl/°Plato	de 0,3 à 0,7€/hl/°Plato		0	0		67	47	1041	
Hongrie	2€/hl/°Plato			0	45,4		70		880	
Malte	0,7€/hl/°Plato	0,3€/hl/°Plato	0,18€/hl/°Plato	0	0		46,5		2328	
Pays-Bas	de 5,5 à 31,4€/hl/°Plato	de 5,5 à 15€/hl/°Plato		59	201	de 29 à 38	102	73	1504	
Autriche	2€/hl/°Plato	de 1,2 à 1,8€/hl/°Plato		0	0		73		1000	540
Pologne	1,7€/hl/°Plato			34,7	34,7		70		1161	
Portugal	de 8,1 à 22,7€/hl/°Plato	de 4 à 11,3€/hl/°Plato	de 0,5 à 1,2% : 1,68€/hl/°alc.	0	0		54,5		937	468
Slovénie	6,8€/hl/°alc.			0	0		63		695	
Slovaquie	1,29€/hl/°Plato	<200 000 hl = 0,95€/hl		0	61,7	43,7	64		728	364
Finlande	19,45€/hl/°alc.	de 9,7 à 17,5€/hl/°alc.	de 0,5 à 2,8% : 1,68€/hl/°alc.	212	212	de 4,5 à 152	424	257	2825	168
Suède	15,7€/hl/°alc.			237	237	de 0 à 165	485	292	5386	
Royaume Uni	19,5€/hl/°alc.	réductions		253	324	de 78 à 245	337	253	2876	
Bulgarie	0,7€/hl/°Plato			0	0		46		562	
Roumanie	0,7€/hl/°Plato	<200 000 hl : 0,43		0	34		51		465	

Source : DGDDI bureau F2.

Graphique 4 - Prix de l'alcool en Europe



Source : Eurostat.

BE Belgique, BG Bulgarie, CZ Tchécoslovaquie, DK Danemark, DE Allemagne, EE Estonie, IE Irlande, EL Grèce, ES Espagne, FR France, IT Italie, CY Chypre, LV Lettonie, LT Lituanie, LU Luxembourg, HU Hongrie, MT Malte, NL PaysBas, AT Autriche, PL Pologne, PT Portugal, RO Roumanie, SI Slovénie, UK Royaume-Uni, HR Croatie, MK Ancienne république de Macédoine, TR Turquie, IS Islande, NO Norvège, CH Suisse, AL Albanie, BA Bosnie-Herzégovine, ME Monténégro, RS Serbie.

III. LES SCENARIOS FISCAUX ALTERNATIFS POUVANT ÊTRE ENVISAGES

A. Les propositions récentes émises sur le sujet

Diverses propositions parlementaires, visant à modifier la fiscalité applicable aux consommations alimentaires sur la base de considérations nutritionnelles, ont été formulées au cours de la période récente. L'association de consommateurs « UFC-Que choisir ? » a elle-même pris position en faveur d'une telle initiative à l'automne 2007. Enfin, la direction de la Sécurité Sociale a animé en 2006 et 2007 un groupe de travail administratif visant à étudier les modalités de la création d'une taxe nutritionnelle. Le contenu de ces diverses propositions est récapitulé dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 12 : Initiatives parlementaires récentes visant à modifier la taxation des produits alimentaires sur la base d'objectifs nutritionnels

Auteurs	Date et références	Proposition fiscale	Produits visés
Assemblée nationale M. de Rugy, Mme Billard, M. Yves Cochet, M. Mamère	Amendement n°1-56 au PLF 2008 présenté le 15/10/2007	Exclusion du bénéfice du taux réduit de TVA	Sodas et boissons rafraichissantes sucrées Pâtisseries et viennoiseries Crèmes glacées et sorbets Tout produit alimentaire dont la teneur en glucides est supérieure à 60%, à l'exception du sucre pur
Assemblée nationale MM. Remiller, Abelin, Anciaux, etc.	Proposition de loi n°219 présentée le 29 septembre 2007	Institution d'un taux de 2% de TVA	Fruits et légumes Produits laitiers non sucrés Viande et Poisson
Sénat M. Vasselle au nom de la Commission des affaires sociales	Amendement n°4 au PLFSS pour 2008 7 novembre 2007	Institution au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie d'une contribution de 1% sur le prix de vente hors taxe des boissons sucrées	Boissons sucrées à l'exception des eaux minérales aromatisées et des jus de fruits
Sénat MM. Godefroy, et Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés ou rattachés	Amendement N°122 rectifié au PLFSS pour 2008 13 novembre 2007	Institution d'une contribution de 1% sur le prix de vente hors taxe	Aliments sucrés et salés, notamment ceux visés par l'article L 2133-1 du Code de la santé publique (instaurant la taxe sur les publicités) dont la liste est établie par décret après avis de l'AFSSA
Sénat MM. Courtaud, Saunier et Rainaud	6 Mai 2008 Proposition de loi n°312 relative à la prévention et à la lutte contre l'obésité	Proposition de création d'une taxe fiscale affectée au bénéfice du PNNS, assise sur la valeur hors TVA des produits alimentaires visés, dont le montant serait égal à 100% de cette valeur	Sodas sucrés Produits alimentaires « de grignotage » comportant un taux de sucre et de graisses supérieur à un pourcentage défini par décret

Tableau 13 : Autres initiatives récentes visant à modifier la taxation des produits alimentaires sur la base d'objectifs nutritionnels

DSS	Juin 2006	Proposition de création d'une taxe additionnelle sur les boissons sucrées et d'une taxe nutritionnelle sur les produits de grignotage, dont le produit serait affecté à l'assurance maladie et à l'INPES	Boissons sucrées concernées : Sirops, nectars, sodas et boissons rafraichissantes , hors jus de fruits et légumes Produits de grignotage : Produits de confiserie chocolats et produits composés contenant du chocolat ou du cacao, conditionnés pour la vente au détail ; biscuits « emballés », c'est-à-dire conditionnés pour la vente au détail en emballage hermétiquement clos.
UFC Que choisir	Octobre 2007	taux de TVA portés à 19,6% sur la liste ci après et fixés à 2,1% sur les fruits et légumes	Sodas et boissons rafraichissantes sucrées Pâtisseries et viennoiseries Chocolat, barres chocolatées et autres produits chocolatés Crèmes glacées et sorbets Produits de confiserie

B. Les scénarios fiscaux étudiés et non retenus par la mission dans ses propositions

Quatre scénarios fiscaux ont été étudiés et n'ont pas été retenus par la mission dans ses propositions finales :

- celui de la taxe nutritionnelle ayant fait l'objet du travail du groupe interministériel de 2005 à 2006 ;
- celui d'une taxe pesant sur le sel, les matières grasses et le sucre faisant l'objet de consommations intermédiaires des industries agroalimentaires pour incorporation dans les produits vendus ;
- celui d'une modification des règles applicables à la taxe sur les publicités alimentaires ;
- celui d'une baisse de la TVA applicable aux fruits et légumes.

Les raisons ayant conduit à écarter ces différents scénarios seront ici brièvement exposées.

1. Le scénario de la taxe nutritionnelle proposé en juin 2006 par le groupe de travail de la direction de la Sécurité sociale (DSS)

a) Présentation du dispositif envisagé

La DSS a proposé la création d'une taxe nutritionnelle dont l'objectif était double :

- l'instrument fiscal proposé est envisagé comme un outil de modification des comportements alimentaires en créant une baisse de la consommation de certains produits par l'augmentation des prix. Le projet ciblait les produits sucrés consommés en dehors des repas (confiseries, biscuits, barres, chocolateries), c'est-à-dire les « produits de grignotage » consommés plus particulièrement par les enfants et les adolescents ;
- cet outil devait par ailleurs permettre d'affecter au financement de la sécurité sociale une taxe comportementale, dont le principe est souvent évoqué par les économistes, au titre de la compensation des coûts exposés en matière de santé. Il était proposé que les recettes y afférentes puissent être affectées au financement de l'assurance-maladie, de la branche maladie du FFIPSA ainsi que des actions de prévention nutritionnelle via l'INPES.

Il était proposé de construire la taxe nutritionnelle selon une double assiette :

- **une assiette « boissons sucrées »**, reposant sur une taxation spécifique des boissons contenant des sucres ajoutés à un taux forfaitaire.

Avaient vocation à être exclus de l'assiette de la taxe nutritionnelle, les eaux (plates et gazeuses) dans la mesure où l'eau est directement substituable aux boissons sucrées, ainsi que les jus de fruits et de légumes.

Des taux spécifiques devaient être appliqués aux sirops eu égard au fait qu'ils ne constituent pas des boissons consommables en l'état et que le taux de sucre des boissons dépend du mode de consommation ; le groupe suggérait également qu'une taxe plus faible soit appliquée aux nectars, eu égard aux qualités nutritionnelles (vitamines et fibres) reconnues aux jus de fruit ;

- **une assiette « produits de grignotage »**, à laquelle se serait appliqué un taux unique de 0,7€/kg. Etaient visés les produits suivants :
 - produits de confiserie ;
 - chocolats et produits composés contenant du chocolat ou du cacao, conditionnés pour la vente au détail ;
 - biscuits, gaufres et gaufrettes, conditionnés pour la vente au détail.

Le groupe a envisagé d'inclure également dans l'assiette les produits emballés ou pré-emballés de viennoiserie et pâtisserie, les crèmes glacées et sorbets emballés et les crèmes dessert emballées, mais, considérant que ces produits sont plus difficiles à identifier, le groupe a proposé de les laisser, dans un premier temps au moins, hors de l'assiette.

b) Les modalités envisagées et le rendement escompté

Afin de sécuriser le rendement du produit de la taxe, le recouvrement devait être assuré de manière différenciée selon les assiettes :

- compte tenu de la construction de l'assiette « boissons sucrées », par référence aux dispositions de l'article 520 A du CGI (droit spécifique sur les boissons) dont le recouvrement et le contrôle relève des attributions de la douane, cette direction semblait la mieux à même d'effectuer le recouvrement et le contrôle des produits inclus dans l'assiette « boissons sucrées » ;
- pour l'assiette « produits de grignotage », la DGI aurait opéré le recouvrement sur la déclaration de TVA.

Plusieurs scénarios étaient construits et présentés pour chacune des deux assiettes :

- **en ce qui concerne la taxe spécifique sur les boissons rafraichissantes sans alcool (BRSA)** autres que l'eau, trois sous-scénarios étaient envisagés :
 - le premier consistait à appliquer le taux des accises sur les alcools (3,4 €/hl) aux boissons sucrées ; son rendement pouvait être estimé à 135 M€ ;
 - le deuxième consistait, par référence à la différence des taux de TVA applicables aux boissons alcoolisées et aux boissons non alcoolisées, à fixer à 15 € par hectolitre le taux d'accises : le rendement de la taxe pouvait atteindre 540 M€ mais le droit d'accises applicable aux BRSA atteignait dans cette hypothèse plus du quadruple le droit applicable au vin (15 € par rapport à 3,4 €) ;
 - le troisième consistait à fixer un taux intermédiaire de 6€/hl pour les BRSA, 3 € pour les sirops et nectars : le rendement escompté en année pleine serait de 220 M€ ;

- en ce qui concerne les « produits de grignotage », diverses simulations étaient jointes :

- un scénario « minimal » consistait à appliquer un taux de 0,5 € par kg (dont il était un peu rapidement dit qu'il pourrait aussi être fixé à 8% du prix de vente¹⁵) qui était supposé rapporter entre 500 et 700 M€ en année pleine ;
- un scénario « maximal » consistait à fixer le taux de telle sorte que l'impact financier sur une tablette de chocolat soit équivalent à une augmentation de la TVA de 5,5% à 19,6%. Le rendement en année pleine sur l'assiette « produits de grignotage » était estimé atteindre entre 2,1 et 2,9 Md€.

c) L'analyse de la mission

Il est apparu à la mission que le projet envisagé se heurtait à un certain nombre de difficultés dans sa partie relative à la taxation des « aliments solides ». Pour ce qui concerne la taxation des boissons sucrées, ces difficultés n'étaient pas de nature technique.

- La proposition concernant les boissons sucrées ne soulève pas a priori d'objection technique et juridique majeure mais pose un problème de cohérence avec la taxation sur les alcools et notamment les vins et les bières.

Les modalités d'assiette et de recouvrement de la taxe nouvelle créée apparaissent techniquement gérables par la DGDDI sans surcroît de tâches excessif, un dispositif de contrôle des volumes commercialisés de BRSA étant d'ores et déjà en place.

La mission estime cependant que, dans un souci de cohérence nutritionnelle :

- les boissons allégées en sucre devraient être a priori exonérées de cette nouvelle taxe ou taxées à un niveau plus faible que les sodas, aucun argument scientifique ne venant pour l'instant étayer pour l'AFSSA et l'AESA l'idée que les édulcorants utilisés puissent être aussi nocifs pour la santé que les sucres rapides (cf. annexe VIII sur l'assiette). Il n'est pas exclu qu'en cas de recours, l'État rencontre quelques difficultés à justifier l'inclusion des boissons allégées en sucre dans l'assiette de la nouvelle taxe, sinon en invoquant le principe de précaution, mais non un strict argument de prévention ;
- il serait possible et souhaitable, dans le cadre des droits d'accises, de taxer à des taux différents les eaux aromatisées, les sodas et les sirops, dont la teneur en sucre est différente ;
- il serait enfin justifié d'inclure dans le champ de taxation les jus de fruits parfois tout aussi sucrés que les sodas et certainement plus sucrés que les eaux en bouteille, d'ores et déjà soumises à une taxation spécifique. Mais ceci est une affaire d'appréciation : si l'exclusion (ou la moindre taxation) des jus de fruit peut être justifiée par leurs autres apports nutritionnels, cette appréciation gagnerait toutefois à être éclairée par une consultation formelle de l'AFSSA sur le sujet. Sur le plan juridique, on peut faire observer que les jus de fruits sont d'ores et déjà exclus de l'assiette des droits spécifiques sur les BRSA.

Il serait en revanche nettement moins cohérent de taxer au taux de 6 €/hl les boissons sucrées, tout en maintenant aux niveaux actuels les taux applicables au vin (3,4 €) ou à la bière (1,3 € ou 2,6 € selon les cas). L'apport calorique de ces boissons alcoolisées s'élève en effet à peu près au double de celui d'un soda, sans parler des autres effets nocifs de l'alcool inclus dans ces boissons. C'est la raison pour laquelle la mission s'est saisie du sujet de la taxation des boissons alcoolisées dans le cadre de son rapport.

¹⁵ Une taxation « ad valorem » en principe proscrite par la directive TVA serait ainsi instituée.

- La proposition concernant les aliments solides de grignotage soulève des difficultés juridiques majeures.

Il est apparu à la mission que **le projet pouvait faire l'objet de vives contestations juridiques, compte tenu des distorsions injustifiées qu'il introduisait et qu'il apparaissait difficile de justifier par des considérations nutritionnelles.**

Il paraît difficile de créer une taxe nutritionnelle sur les produits jugés trop gras, trop salés ou trop sucrés, sans taxer d'abord les produits les plus gras, les plus salés, les plus sucrés : le projet analysé ci-dessus n'en tient pas compte et est axé sur des produits sucrés dits de grignotage, qui ne sont pas parmi les plus gras, les plus sucrés ou les plus salés (cf. données sur la composition nutritionnelle de divers aliments dans l'annexe VIII sur l'assiette des produits taxables).

Il semble au demeurant curieux d'asseoir la première taxe nutritionnelle sur des produits à fort taux en glucides, alors que la question des glucides fait l'objet d'une véritable « cacophonie » des experts de la nutrition selon l'AFSSA, à l'exception des boissons sucrées (cf. annexe III « données scientifiques) et que certains des biscuits visés contiennent des sucres lents et des fibres réputés bénéfiques pour la santé.

Au sein même des produits de grignotage (notion floue par elle-même), ce projet opère des choix non justifiés sur le plan nutritionnel :

- il taxe les biscuits mais non dans un premier temps les pâtisseries et les viennoiseries, qui sont souvent plus caloriques et plus grasses aux 100 grammes ;
- il envisagerait de taxer les biscuits et pâtisseries fabriqués industriellement, mais non ceux, tout aussi nocifs, fabriqués artisanalement ;
- il envisagerait dans un deuxième temps de taxer la glace vendue sous emballage mais non le cornet de glace vendu dans la rue ou la boulangerie voisine.

Les arguments invoqués pour justifier la seule taxation des produits emballés et clos hermétiquement se réfèrent dans l'argumentaire de la Direction de la Sécurité Sociale aux enfants et adolescents, quand ils sont hors du contrôle de leurs parents, le critère de « l'absence de couverts » et de « produit emballé », voire de produit industriel, plus accessible parce que moins cher, paraissant définir la frontière des aliments consommés par les enfants et adolescents hors de la présence des parents.

Ce critère paraît assez fragile : les enfants et adolescents, se retrouvant seuls à la sortie de l'école, fréquentent davantage le commerce de proximité (boulangerie, épicerie), voire le frigidaire ou les placards de la cuisine familiale que la grande surface où il faut souvent se rendre en voiture. Exclure les circuits artisanaux ou les produits se consommant avec des couverts du champ de l'assiette de la nouvelle taxe est peu opérationnel par rapport à la cible visée.

On peut ajouter par ailleurs que **les produits de confiserie feraient l'objet d'un traitement fiscal particulièrement sévère** : subissant déjà la taxation au taux normal de TVA, ils subiraient un deuxième prélèvement tout aussi élevé dans l'hypothèse du scénario maximal envisagé ci-dessus. Curieusement, l'avantage créé pour les produits chocolatés bénéficiant du taux réduit serait maintenu et les produits au chocolat noir seraient moins pénalisés que les autres produits de confiserie, alors qu'ils sont beaucoup plus caloriques et plus gras et constituent plus du tiers des consommations de confiseries si l'on en croit les statistiques de consommation de l'INSEE en kg par habitant (cf. données économiques).

C'est bien à juste titre que la DLF a souligné dans le cadre de l'examen du projet de texte lors de la préparation du PLF 2008 les risques de recours contentieux que ce projet pouvait soulever :

- sous l'angle de la neutralité concurrentielle, au motif notamment que les produits vendus par la production artisanale seraient exclus de l'assiette ;
 - sous l'angle de l'adaptation des incitations économiques introduites par rapport aux objectifs nutritionnels visés.
- Les effets économiques recherchés par cette taxation paraissent très incertains et faiblement analysés

La fixation du barème de la taxe n'obéit à aucun calcul « économique » et à aucune estimation, même forfaitaire, de la déséconomie « externe » induite par l'unité physique excédentaire dans le produit vendu : le niveau de taxation fixé est forfaitaire et indépendant de la composition nutritionnelle des produits visés.

Ce barème ne peut en conséquence d'aucune manière servir aux décideurs économiques (c'est-à-dire aux producteurs) pour internaliser sur une base rationnelle dans leurs décisions d'allocation de ressources les effets externes qu'ils font subir à la collectivité. Il ne les inciterait au demeurant d'aucune manière à modifier la composition des produits, puisque l'assiette est forfaitaire et ne tient pas compte de la composition du produit.

L'effet de la mesure sur les consommateurs est tout aussi incertain. Le prix de vente au kilo des confiseries, chocolateries ou biscuits emballés est très hétérogène : l'application d'un montant forfaitaire identique par kilo pour tous les produits aurait en conséquence des effets différenciés sur les prix, n'obéissant en rien à une logique adaptée d'information des consommateurs et de signal proportionné par les prix sur l'effet nocif relatif du produit commercialisé. Ces effets prix de la mesure n'ont en outre pas été évalués exhaustivement et méthodiquement par le groupe animé par la DSS, qui ne disposait apparemment pas des outils techniques permettant de le faire.

- La détermination de l'impôt versé par les entreprises resterait faiblement contrôlée et contrôlable pour plusieurs raisons.

Ni les services fiscaux, ni les services douaniers ne sont dotés à l'heure actuelle des outils et moyens de contrôle du volume physique des marchandises échangés permettant de contrôler les éléments de déclaration des contribuables éligibles à cette taxe et de s'assurer du recouvrement effectif et exhaustif de cette « gabelle » modernisée.

Le coût d'intermédiation de l'impôt (non fourni par la DGI à la mission), serait incontestablement l'un des plus élevés de tous les impôts et contributions indirectes, si un tel contrôle devait être mis en place par référence au coût d'intermédiation déjà très élevé des contributions indirectes sur les alcools.

Il n'y a à l'heure actuelle, du fait des contraintes européennes, aucune obligation d'affichage précise de la teneur nutritionnelle des produits commercialisés ; les entreprises restent totalement libres d'afficher ou non cette teneur nutritionnelle ; les contrôles de la DGCCRF sur la conformité de ces affichages ne trouvent à s'appliquer que lorsque la décision d'affichage ou d'allégation a été prise par l'entreprise. Les déclarations des entreprises ne pourraient donc pas toujours être contrôlées sur ce point ; il paraît difficilement envisageable en outre, sans une certaine révolution juridique, de confier à la DGCCRF un rôle quelconque sur le contrôle des volumes des produits susceptibles d'être taxés et l'exactitude des déclarations fiscales des entreprises qu'elle est susceptible de contrôler sur d'autres plans.

Le coût de gestion par les entreprises de ce nouvel impôt serait également lourd, celles-ci devant procéder à une comptabilisation spécifique des volumes de produits commercialisés, soumis à cette nouvelle taxe. Cet impôt nouveau ne se traduirait pas à proprement parler par un allègement des formalités fiscales des entreprises et notamment des très nombreuses petites et moyennes entreprises qui constituent le réseau du commerce alimentaire en France (cf. dernière partie de l'annexe « données économiques »)

Les problèmes de perception de cette taxe sur les produits importés pourraient enfin soulever quelques difficultés à l'égard de nos partenaires qui ne seraient pas infondés en plaidant l'entrave à la libre concurrence des biens au sein de l'Union, si cette objection n'est pas soulevée lors de l'examen préalable (et obligatoire) par la Commission de ce projet français, unique pour l'instant au sein de l'Union.

2. Le scénario d'une taxe sur les consommations intermédiaires de sucre, sel et matières grasses des industries agroalimentaires

Au-delà des raisons d'opportunité, qui ont conduit la mission à privilégier la poursuite du dialogue engagé avec les industries agroalimentaires (cf. rapport), des raisons strictement techniques l'ont conduite à écarter un schéma qui aurait consisté à taxer les consommations intermédiaires en sel, matières grasses et sucres rapides des fabricants de produits alimentaires.

a) Justification théorique de la mesure

La piste pouvait apparaître théoriquement séduisante :

- cette taxation, en renchérissant le prix des matières premières utilisées par les fabricants, pouvait, en théorie, les inciter à réduire les volumes incorporés et ajuster en conséquence leurs processus de production ;
- compte tenu du poids marginal de ces consommations dans les coûts de production des IAA, on pouvait espérer que la répercussion de cette taxe sur les prix finaux et l'inflation serait assez faible ;
- l'assiette de cette taxe pouvait être aisément contrôlée par les services fiscaux à travers les factures d'achat ou les livraisons à elles-mêmes des entreprises situées sur le territoire français.

Deux idées pouvaient être en conséquence émises :

- celle d'une taxation analogue à celle qui avait un instant été défendue pour la taxe sur les consommations sur les poissons (taxe de x% du montant de ces produits lors de leur première mise en vente) ;
- ou taxation forfaitaire à la tonne ou à l'hectolitre ayant fait l'objet d'une consommation intermédiaire ou d'une livraison à soi-même.

Le contrôle de l'assiette pouvait être a priori mis en œuvre en France par la simple voie fiscale à travers le contrôle des factures des entreprises.

b) Les arguments conduisant à l'écarter

Cette option a été écartée par la mission pour plusieurs raisons.

L'effet économique de la mesure restait en premier lieu à démontrer :

- pour la plupart des IAA, l'effet d'incitation risquait d'être faible : le prix relatif de ces matières premières pèse très faiblement sur le compte d'exploitation : de la même façon que pour la ménagère, le sel, l'huile ou le sucre ajouté sont d'un prix relativement faible par rapport au reste de son budget, le sel, le sucre et les matières grasses ajoutées pèsent peu dans les achats relatifs à la fabrication de la plupart des produits transformés ;

- dans les secteurs qui pourraient être plus directement sensibles à l'effet prix de la mesure, les distorsions produites par la mesure pouvaient en revanche être significatives : dans ces secteurs figurent les salaisons, les boissons sucrées, les pâtisseries ; la situation financière de ces secteurs est très diversifiée, mais le risque pouvait être grand que soient davantage frappées les PME et même les TPE que les entreprises plus importantes, les premières n'ayant pas les capacités des secondes à négocier des contrats d'approvisionnement moins onéreux pour elles, ni à absorber la hausse aisément sur leurs autres postes d'exploitation ;
- enfin on ne pouvait exclure la vigoureuse opposition des fabricants de sel, de sucre et de graisses, qui représentent des secteurs agricoles d'un poids politique et économique important en France, opposition pouvant s'appuyer sur des arguments juridiques forts.

Ce sont surtout en effet des considérations juridiques, au regard des exigences du respect de la liberté des échanges et de la concurrence, qui conduisent à écarter un tel projet :

- l'application d'une telle taxation aux produits importés des pays de l'Union européenne paraît peu compatible avec les dispositions communautaires relatives à la liberté de circulation des produits au sein du marché intérieur ;
- l'application d'un tel dispositif aux produits en provenance de l'extérieur de l'Union paraît contraire aux règles douanières en vigueur et serait soumise à l'approbation de la Commission européenne au titre des dispositions de l'article 90 du Traité visant les taxes ayant un effet équivalent à des droits de douane ;
- la Commission pourrait souligner les risques d'une taxation en cascade, quand un produit subit diverses transformations avant d'atteindre le consommateur final ;
- à supposer que toutes les objections juridiques soient levées, en pratique d'importantes distorsions de circuit d'approvisionnement et de fabrication pourraient venir du fait que les déclarations des importateurs ne pourraient être contrôlées sur le plan fiscal et douanier comme pourraient théoriquement l'être les déclarations des opérateurs français.

3. Le scénario d'une révision des modalités d'exonération de la taxe sur les publicités

Le bilan dressé par l'INPES du fonctionnement de la taxe sur les publicités fait apparaître une forte pénétration dans le public des 5 messages associés dorénavant aux publicités alimentaires (cf. annexe IV relative au PNNS).

Ce n'est toutefois pas parce que le contenu des messages du PNNS est mémorisé qu'il est toujours associé de façon correcte et cohérente par les consommateurs au produit dont la vente est promue :

- le consommateur peut penser que par un peu d'exercice physique, il pourra sans problème consommer le produit en cause, sans être le moins du monde éclairé sur le contenu calorique du produit promu ni sur son équivalent de dépense énergétique. (Qui sait en France à combien de calories consommées équivaut une demi-heure de marche rapide pour un adulte de taille et poids moyen ?) ;
- ces messages, habilement transposés par le génie publicitaire, peuvent avoir des effets promotionnels inverses de ceux recherchés par le PNNS : ainsi, promouvoir un produit laitier aux fruits en y associant le conseil de manger au moins 5 fruits et légumes par jour peut laisser penser au consommateur qu'il satisfera au conseil donné, au moins sur le cinquième de la dose prescrite, en mangeant ce produit laitier ; le message ne lui dira pas qu'il n'y a peut-être que 5 ou 10 grammes de fruit et l'équivalent de 4 à 6 morceaux de sucre dans le produit promu.

En outre, aucune étude n'a été à ce jour réalisée « scientifiquement » pour montrer les éventuels impacts de ces messages sur les consommations effectives des ménages, selon les produits, les catégories sociales, etc. Il apparaît certes positif que des consommateurs déclarent en tenir compte. Mais entre les déclarations et les faits, il peut y avoir un écart significatif.

Une telle étude serait au demeurant difficile à mener dès aujourd'hui, car l'application du dispositif est récente et ces messages ne sont pas les seuls déterminants des achats : l'évolution des prix des produits alimentaires au courant de l'année 2007 a fortement perturbé les comportements de consommation et l'on ne pourrait probablement pas tirer de conclusions probantes d'une étude du type de celles menées par l'AFSSA ou l'ENNS (cf. annexe IV sur situation nutritionnelle), soit pour dire que ces messages ont eu un effet, soit pour dire à l'inverse qu'ils n'ont pas eu d'effet.

Il pourrait être envisagé en théorie de modifier le dispositif pour le rendre plus efficace sur deux points par exemple :

- déterminer plus strictement le lien entre les produits vendus et les messages associés : obliger les entreprises vendant des produits trop gras, trop sucrés et trop salés à faire figurer le seul message « évitez de manger trop gras, trop sucré ou trop salé », par exemple ; ou interdire à des produits qui ne comportent pas un minimum de pourcentage de fruits ou de légumes d'utiliser la mention « mangez 5 fruits et légumes par jour » ;
- prévoir la possibilité de s'exonérer de la taxe par d'autres modalités d'intervention que la publication de ces messages et étendre le bénéfice des exonérations à la mise en œuvre de dépenses marketing et promotionnelles visant la consommation d'aliments recommandés.

Ces scénarios, outre qu'ils nécessiteraient probablement une loi sur le deuxième point, sont apparus prématurés à la mission :

- il pourrait être problématique de remettre en cause un dispositif récent, dont la mise en place a dû être longuement négociée et s'est révélée délicate ;
- la mise en œuvre d'un ciblage plus précis pour certains produits nécessiterait un accord sur les seuils à fixer du « trop gras, trop sucré, trop salé » ou du « pas assez de fruits ou de légumes », qui nécessite un minimum de consensus scientifique qui n'est pas aujourd'hui réuni en France ;
- le contrôle de l'application effective du nouveau dispositif et en particulier des autres modalités d'exonération pourrait poser problème : d'ores et déjà, aucune autorité publique ne contrôle vraiment la façon dont les entreprises s'acquittent de leurs obligations en terme d'affichage des messages ; on voit mal demain la DGI ou l'INPES, ou même la DGCCRF, assurer le contrôle des autres dépenses de marketing, permettant aux entreprises de s'exonérer de la taxation.

Enfin, en termes d'opportunité, on ne peut à travers ces modifications escompter de ressource nouvelle pour l'assurance-maladie, ni être assuré de l'effet concret qu'elles pourraient avoir sur les comportements effectifs.

Il n'y avait donc pas d'urgence à modifier le dispositif, au moment où, de surcroît, sont engagées une concertation sur la publicité à l'égard des enfants (dont le lancement manifeste implicitement les faibles impacts attachés à la seule taxe sur les publicités) et une réforme du financement de l'audiovisuel public.

4. Le scénario d'une baisse de la TVA sur les fruits et légumes

a) Justification de la mesure

Les études scientifiques mettent en lumière le caractère protecteur des fruits et légumes par rapport à un certain nombre de pathologies, notamment le surpoids et l'obésité ainsi que le cancer (cf. annexe données scientifiques). Les jugements émis sont certes variables sur le caractère plus ou moins protecteur des fruits et légumes mais globalement il y a un accord pour considérer que, hors effet des pesticides et traitements agricoles divers, il y a un effet positif pour la santé résultant de la consommation de fruits et légumes.

Les études épidémiologiques montrent une insuffisante consommation de fruits et légumes dans les catégories les plus démunies de la population (cf. annexe sur le PNNS et l'état nutritionnel de la population).

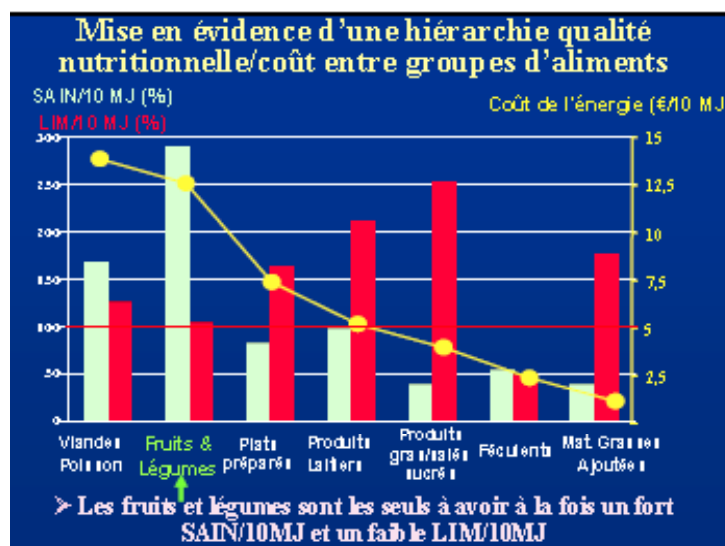
Une étude conduite en France par une unité mixte de recherche en nutrition humaine INSERM/INRA (Nicole Darmon) établit que le prix relatif des fruits et légumes est particulièrement élevé par rapport au prix des aliments moins sains pour la santé.

Cette équipe a mis au point un système de profilage nutritionnel qui fournit des indicateurs de qualité des aliments en distinguant :

- le **sain** : il mesure le respect moyen des apports nutritionnels conseillés exprimés pour 100 kcal ; les nutriments pris en compte sont : protéines, fibres, vitamines C, E, B1, B2, B6, B9, calcium, fer, magnésium, zinc, potassium, acide alpha linoléique, DHA ;
- le **"lim"** (aspects défavorables de l'aliment) qui mesure, par rapport aux valeurs maximales recommandées pour 100 grammes, la teneur en sel, acides gras saturés et sucres ajoutés.

Sur la base de cette classification, l'équipe a établi une balance entre les éléments sains et les éléments défavorables à la santé de divers aliments et a confronté cette balance avec le niveau des prix relatifs. Le graphique suivant¹⁶ montre le différentiel qui sépare les aspects « sain » et « lim » et son rapport avec le prix relatif des catégories d'aliments.

Graphique 5 : Prix relatifs des fruits et légumes par rapport aux autres aliments pour 10 Mjoules



¹⁶Présenté par N. Darmon au cours d'une conférence "Fruits et légumes : en a-t-on pour son argent ?", le graphe suivant indique en barres verticales blanches le "sain", en barre foncée le "lim". La courbe avec les points indique les prix relatifs des 7 grandes catégories d'aliments.

Sur la base de ces considérations, de nombreux interlocuteurs de la mission ont fait valoir qu'une baisse de la TVA sur les fruits et légumes était justifiée, afin d'en étendre la consommation dans les catégories les plus défavorisées. A tout le moins, si une taxation des éléments trop gras, trop salés et trop sucrés était envisagée, elle devait s'accompagner d'une baisse de la TVA sur les fruits et légumes pour compenser l'effet revenu sur les consommateurs de la hausse de la fiscalité.

b) Les considérations qui conduisent à écarter la mesure

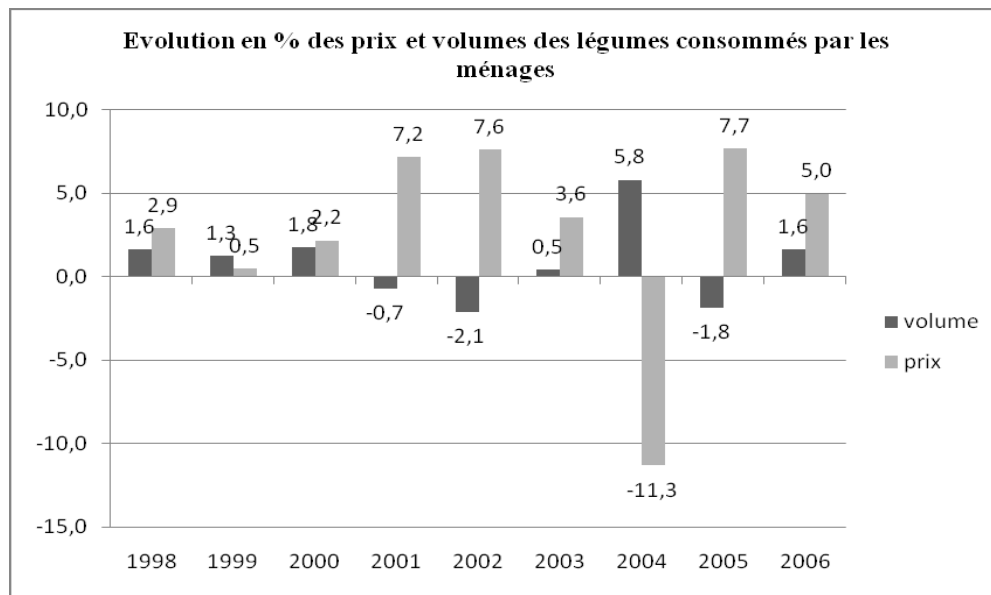
Les membres IGAS et IGF de la mission sont d'accord pour considérer que cette mesure ne peut pour l'instant être envisagée, compte tenu des règles communautaires applicables en matière de taux réduit de TVA : d'après la directive en vigueur, les taux réduits ne peuvent en effet être inférieurs à 5% (cf. supra) ; les Etats-membres ont été autorisés, à titre transitoire, à maintenir des taux inférieurs à 5% quand ils s'appliquaient avant la mise en œuvre du cadre communautaire commun. **Il faudrait aujourd'hui une position favorable commune des 27 États membres pour pouvoir fixer en France un taux inférieur à 5% sur les fruits et légumes.**

A cet argument s'ajoutent les considérations suivantes :

1. Une initiative prise en ce sens par la France au niveau communautaire n'aurait qu'un effet d'affichage et ne pourrait être mise en œuvre avant de longs délais : lier dans le discours la taxation des produits trop gras, trop salés, trop sucrés à la baisse des taux de TVA sur les fruits et légumes pourrait conduire à différer *sine die* la taxation au taux normal des aliments défavorables à la santé, alors qu'une certaine urgence s'attache à la mise en œuvre d'un signal fort par ce biais à l'égard des assurés sociaux (cf. rapport) ;
2. Le coût de la mesure serait loin d'être négligeable pour les finances publiques : sur la base des consommations en valeur des seuls fruits et légumes frais, établi pour l'INSEE en 2006¹⁷, il peut être estimé à 894 M€ (valeur 2006) (soit plus de la moitié du coût actuel de la politique communautaire sur l'organisation du marché des fruits et légumes) ;
3. L'effet d'une telle mesure sur les prix à la consommation et les consommations elles-mêmes est loin d'être démontré :
 - il existe aujourd'hui un écart d'1 à 4 entre les prix à la production des fruits et légumes et ceux qui sont observés à la consommation : il est loin d'être certain qu'une baisse de 5,5% des prix soit intégralement répercutée aux consommateurs par les négociants de fruits et légumes ;
 - les variations observées sur les prix des fruits et légumes au cours de la période récente (cf. graphique ci-après) ont été parfois très supérieures à 5,5% compte tenu notamment des effets climatiques sur la production : l'effet prix de la mesure budgétaire décidée pourrait demain ou après demain être contrecarré par des aléas climatiques ou par l'effet du coût de la main d'œuvre sur la cueillette des fruits et légumes.

¹⁷ Soit 7 764 M€ pour les légumes frais et 8 486 M€ pour les fruits frais.

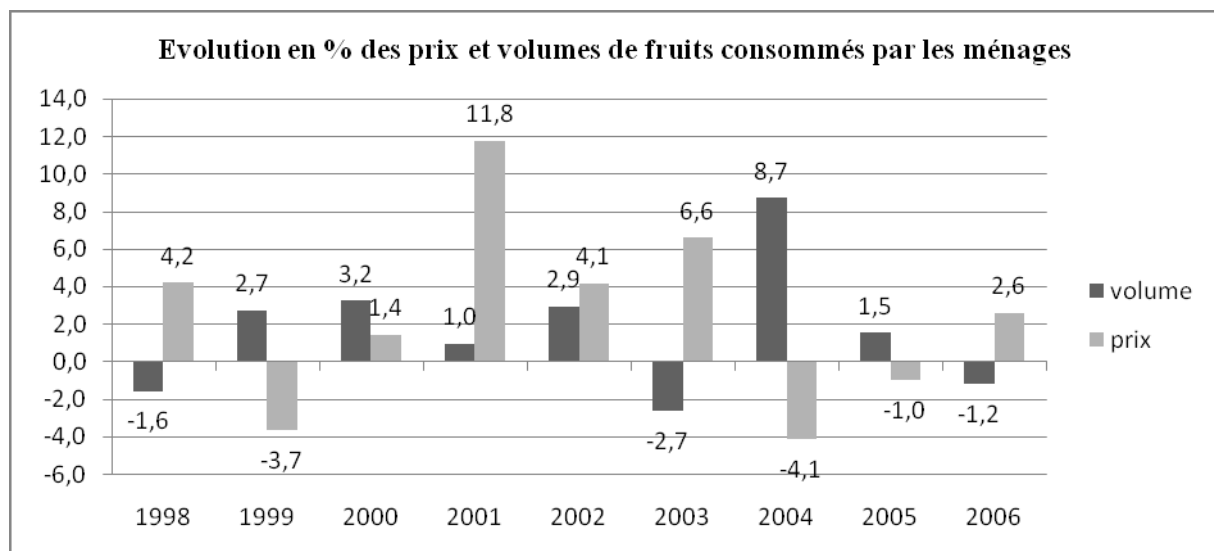
Graphique 6 : Évolution des prix et volumes de légumes consommés sur la période 1998-2006



Source : INSEE comptes nationaux (Base 2000).

- Le graphique ci-après montre que l'évolution en volume des consommations n'est pas toujours corrélée aux variations de prix et que l'élasticité-prix est nettement inférieure à 1 : d'autres facteurs que les prix entrent en considération dans les achats des ménages ; les habitudes culturelles peuvent peser lourd, le temps de préparation des fruits et légumes (épluchage et cuisson) aussi ; l'évolution des consommations de fruits et légumes transformés (surgelés ou en conserve, ou encore en produits frais pré-épluchés pour ceux qui en ont les moyens cf. annexe données économiques) illustrent l'évolution des comportements à cet égard.

Graphique 7 : Évolution des prix et volumes de fruits consommés sur la période 1998-2006



Source : INSEE comptes nationaux (Base 2000).

4. la mesure aurait d'incontestables effets dégressifs. Une partie non négligeable de la dépense publique engagée, à supposer que son effet prix soit répercuté, irait aux catégories sociales les plus favorisées qui consomment nettement plus de fruits et légumes que les autres en valeur : d'après la dernière enquête budget de famille de l'INSEE, la consommation en valeur annuelle moyenne des ménages du premier quintile (le plus défavorisé) s'élève à 462 € quand celle du quintile le plus favorisé s'élève à 875 € ;
5. il pourrait se révéler plus efficace et moins coûteux pour les finances publiques, si l'on souhaitait vraiment faire baisser le prix des fruits et légumes, d'ouvrir une plus grande partie de ce marché aux importations du Maghreb et d'Afrique tout en aidant par ailleurs la reconversion des producteurs français ;
6. il serait aussi plus efficace d'affecter une partie des sommes dégagées par les taxations supplémentaires sur les produits trop gras, trop salés et trop sucrés à l'INPES pour mener des actions ciblées sur les publics prioritaires et il peut être fait état à ce propos du constat émis par l'expertise collective de l'INSERM sur ce type d'action :

« Les subventions aux aliments de faible densité énergétique ont fait l'objet de très peu de travaux. Elles pourraient pourtant être une alternative intéressante à la taxation.

Une simulation conduite sur des données américaines (Cash et coll., 2005) étudie l'impact sur l'incidence de différentes pathologies cardiaques d'une subvention permanente de 1% à la consommation de l'ensemble des fruits et des légumes. Les estimations aboutissent à un coût par vie sauvée très inférieur à celui de beaucoup de programmes de santé publique. Par ailleurs, le coût par vie sauvée est très significativement inférieur (de l'ordre de 30%) pour les consommateurs disposant des revenus les plus bas que pour ceux disposant des revenus les plus élevés.

Plus généralement, les études sur la fiscalité nutritionnelle insistent sur le caractère progressif des subventions aux aliments de faible densité énergétique, qui, à l'inverse des taxes, apporteraient les bénéfices les plus importants aux consommateurs les plus défavorisés.

Par ailleurs, ces actions peuvent être orientées directement vers les groupes sensibles, les enfants par exemple, par le biais de subventions aux cantines scolaires ou par le soutien à des programmes de distribution, gratuites ou à prix réduit, de fruits dans les établissements scolaires. S'inspirant d'un programme de distribution de fruits mis en place dans les écoles primaires en Norvège, une étude d'intervention conduite au Danemark montre l'efficacité de ce type d'action et son effet sur la consommation totale de fruits (Eriksen et coll., 2003) ».

PIECE JOINTE N° 1

LA FISCALITE APPLICABLE AU TABAC

a) Régime des prix applicables

Conformément aux dispositions de l'article 572 du CGI, « le prix de détail de chaque produit exprimé aux 1000 unités ou aux 1000 grammes est unique pour l'ensemble du territoire et librement déterminé par les fabricants et les fournisseurs agréés ». **Les prix sont donc libres et identiques sur tout le territoire continental.**

Le prix de détail est applicable après avoir été homologué selon le dispositif prévu à l'article 284 du CGI : communication des prix de vente au détail de chaque produit à la DGDDI qui sont homologués par un arrêté du ministre chargé du budget pris en janvier (plus trois arrêtés partiels en avril, juillet et octobre) et publiés au Journal officiel de la République française.

b) Modalités d'imposition

Concernant les cigarettes appartenant à la classe de prix la plus demandée¹⁸ (actuellement les cigarettes Marlboro au prix de 5€30 le paquet), l'assiette correspond au prix de vente auquel on applique un taux de 64%.

Concernant les autres cigarettes, celles-ci sont soumises à une part spécifique et à une part proportionnelle :

- la part spécifique correspond en France à 7,5% de la charge fiscale totale afférente aux cigarettes de la classe de prix la plus demandée, cette charge fiscale est elle-même égale à 80,3856% du prix de vente (soit 64% pour le taux du droit de consommation, correspondant aux droits d'accise, plus 16,3856%¹⁹ correspondant à 19,6% de TVA calculée en dedans). La part spécifique du droit de consommation s'élève donc actuellement à 15,9766 euros ($265€^{20} \times 80,3856\% \times 7,5\%$) pour 1 000 cigarettes.

⇒ Le rendement de la part spécifique ne dépend pas du prix de vente des cigarettes. Son poids dans la fiscalité totale frappant les cigarettes est d'autant plus faible que le prix de vente est élevé:

Le mécanisme de la part spécifique peut être favorable aux objectifs de santé publique lorsqu'il contribue à renchérir le prix des cigarettes. Mais il convient d'observer que pour la cigarette de référence, ce mécanisme est sans effet notable. Sur les autres cigarettes, et surtout celles vendues à un prix inférieur à celui de la cigarette de référence, la part spécifique n'est efficace que si elle est fixée à un niveau suffisamment élevé.

Concernant la France, force est de constater que la part spécifique est restée jusqu'en 2004 fixée au niveau le plus bas prévu par le droit communautaire, soit 5% de la charge fiscale totale. Elle reste encore aujourd'hui très éloignée du plafond communautaire fixé à 45% de cette charge fiscale globale, ce qui semble indiquer que la France n'utilise que très faiblement cet outil, et lui préfère une mesure de prix minimum (cf. ci-après) qui pourrait être invalidée par la Cour de justice dans la mesure où elle porte directement atteinte au principe de libre fixation des prix.

¹⁸ Les cigarettes appartenant à la classe de prix la plus demandée correspondent à celles qui représentent la plus grande part du marché.

¹⁹ $16,3856\% = 83,6\% \times 19,6\%$; 83,6% est égal à $(1 / 1,196) \times 100$ soit $(1 / 1 + TVA) \times 100$ formule permettant de calculer l'assiette de la TVA comprise à l'intérieur d'un prix TTC (calcul en dedans).

²⁰ 265€ = prix pour 1000 cigarettes Marlboro (5€30 x 50).

- La part proportionnelle s'élève à 57,97% du prix de vente au détail. Sa détermination résulte du calcul suivant : $[(265 \times 64\%) - 15,9766] : 265 = 0,5797$.

c) Systèmes particuliers visant à assurer un prix de vente minimal

L'article 575 A du CGI instaure un minimum de perception. Le montant total du droit de consommation (part proportionnelle + part spécifique) ne peut être inférieur à un minimum de perception fixé pour 1 000 unités qui est actuellement de 155 euros.

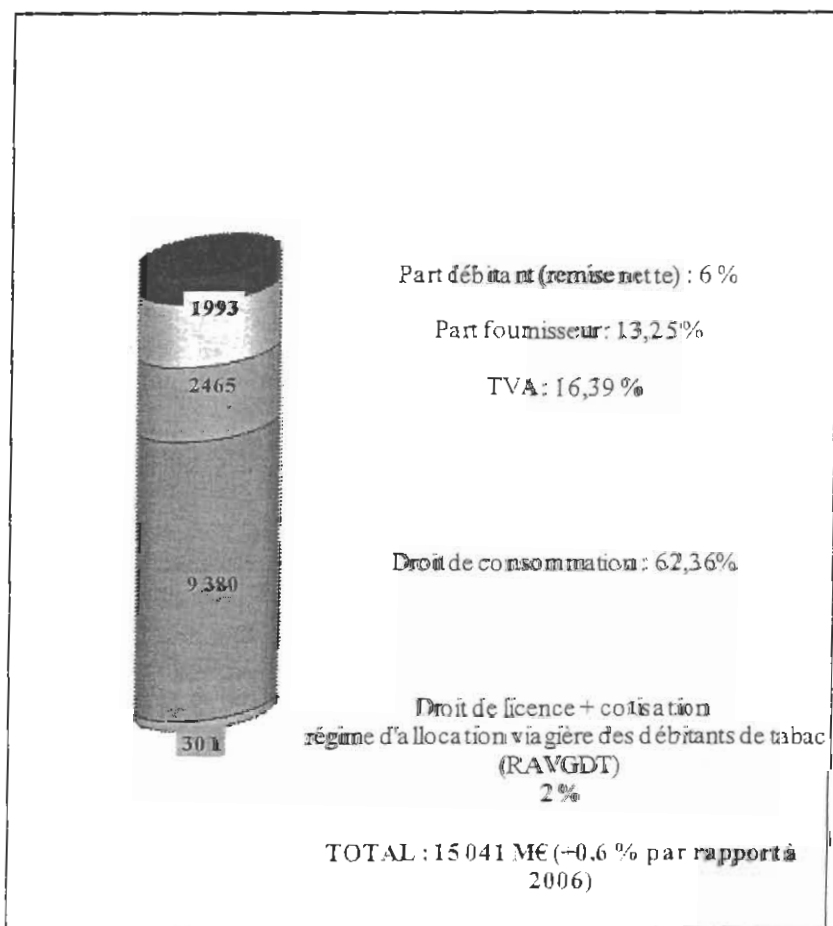
Depuis la loi de santé publique adoptée le 9 août 2004, les prix doivent être au moins égaux à un prix plancher pour les cigarettes. L'article 572 du CGI dispose que : « le prix de détail des cigarettes, exprimé aux 1 000 unités, ne peut toutefois être homologué s'il est inférieur à celui obtenu en appliquant, au prix moyen de ces produits, un pourcentage fixé par décret ». Le décret du 13 septembre 2004 fixe ce pourcentage à 95. Le prix moyen des produits publié au Journal officiel est le prix moyen arithmétique de toutes les cigarettes recensées dans l'arrêté global de janvier, modifié par les arrêtés partiels successifs de l'année. Le prix plancher obtenu après la dernière augmentation des prix d'août 2007 est de 239,40 € les 1 000 unités (soit 4,79 € le paquet de 20 cigarettes).

Ce dispositif est actuellement contesté au niveau communautaire. Il existe un recours préjudiciel en cours pour l'Irlande qui dispose d'un mécanisme similaire.

d) Rendement

Le chiffre d'affaire du tabac en France s'élève à 15 milliards en 2007. La part relative à la TVA et au droit de consommation du tabac absorbe respectivement 16,39% et 62,36% du chiffre d'affaires pour un total de 78,75%. Il se décompose de la façon suivante :

Tableau 14 : décomposition du CA Tabac 2007 en M€



Source : bureau F3 DGDDI.

e) L'impact de ces mécanismes sur le prix du paquet de cigarettes

L'impact d'une augmentation des droits d'accises ressort du tableau suivant :

Tableau 1 : Impact sur le prix du paquet de Marlboro de l'augmentation des droits d'accises

	Prix Marlboro	Droit de consommation du tabac	TVA	Total % de charge fiscale	Remise débitant	Total % de charge	Total charge	Marge
01/01/2003	3,9	58,99%	16,39%	75,38%	8,00%	83,38%	3,25	0,65
01/10/2003	4,6	62,00%	16,39%	78,39%	8,00%	86,39%	3,97	0,63
01/01/2004	5	64,00%	16,39%	80,39%	8,00%	88,39%	4,42	0,58
06/08/2007	5,3	64,00%	16,39%	80,39%	8,00%	88,39%	4,68	0,62

Source : bureau F3 DGDDI

La remise concédée aux débiteurs étant fixe (8%), ainsi que le taux de TVA (19,6%), toute augmentation du taux des droits de consommation (DC) sur le paquet de cigarette entraîne, si le fabricant souhaite conserver sa marge intacte, un accroissement du prix du paquet qui est démultiplié par rapport à l'augmentation du taux. A titre d'illustration, l'augmentation du DC le 01/10/2003 de 3,1 points, correspondant à une augmentation de 5,10%, entraîne une augmentation corrélative du prix du paquet de 19,94%, qui ne permet pas pour autant de maintenir à l'identique la marge du fabricant, celle-ci baissant de deux centimes par paquet.

Le caractère relativement figé des paramètres confère une grande efficacité à l'augmentation des droits de consommation pour influencer sur la consommation de cigarettes.

Tableau 2 : Impact sur les prix pour 1 point d'augmentation du DCT

	DCT	% augmentation du DCT	Marge	Prix marlboro	% augmentation du prix
01/01/2004	64,00%		0,62	5,3	
	65,00%	1,56%	0,62	5,8	9,43%
	66,00%	1,54%	0,62	6,4	10,34%
	67,00%	1,52%	0,62	7,2	12,50%

Source : mission

L'augmentation d'un point du taux de DCT représente une part décroissante d'augmentation, alors qu'elle entraîne un pourcentage d'augmentation croissant du prix de vente.

ANNEXE VIII

DONNÉES RELATIVES À L'ASSIETTE D'UNE TAXATION À BUT NUTRITIONNEL

Établie sous la responsabilité de Véronique Hespel (IGF)

SOMMAIRE

I. LES DONNÉES NUTRITIONNELLES	1
A. LES PROFILS NUTRITIONNELS	1
B. L'IDENTIFICATION DES ALIMENTS LES PLUS GRAS, LES PLUS SUCRÉS, LES PLUS SALÉS.....	2
1. <i>Les produits salés</i>	2
2. <i>Les produits gras</i>	4
3. <i>Les produits sucrés</i>	7
C. LES PRODUITS DE « GRIGNOTAGE », DE « SNACKING » ET PLATS CUISINÉS	11
1. <i>Les produits de grignotage</i>	11
2. <i>Le « snacking »</i>	14
3. <i>Les plats cuisinés « prêts à consommer »</i>	15
D. CONCLUSIONS À TIRER	16
 II. L'ÉVALUATION DE LA DÉPENSE FISCALE RELATIVE AUX PRODUITS TROP GRAS, TROP SALES ET TROP SUCRÉS	17
A. DONNÉES ÉCONOMIQUES RELATIVES À QUELQUES PRODUITS SALÉS, GRAS OU SUCRÉS	17
1. <i>La charcuterie</i>	17
2. <i>Les produits cuisinés ou élaborés salés</i>	18
3. <i>L'industrie des corps gras</i>	21
B. DONNÉES RELATIVES À QUELQUES PRODUITS SUCRÉS	24
1. <i>Les boissons sucrées</i>	24
2. <i>Les biscottes, biscuits et pâtisseries de conservation</i>	26
3. <i>La pâtisserie fraîche et les viennoiseries</i>	27
4. <i>Les glaces et sorbets</i>	28
5. <i>Les autres produits sucrés</i>	29
C. SYNTHÈSE	30
 III. LES ÉLASTICITÉS PRIX DES CONSOMMATIONS RELATIVES À CES PRODUITS ALIMENTAIRES.....	31
1. <i>Considérations préalables</i>	31
2. <i>Synthèse des résultats</i>	32

INTRODUCTION

La présente annexe rassemble les éléments d'informations recueillis par la mission sur :

- les données nutritionnelles relatives à un certain nombre de produits ;
- les données économiques ou commerciales concernant la matière éventuellement taxable sur la base des propositions de la direction générale de la Santé ;
- les données relatives à l'élasticité des consommations alimentaires par rapport aux prix en France.

I. LES DONNÉES NUTRITIONNELLES

Il a été jugé intéressant :

- de connaître au préalable les profils nutritionnels résultant des classements en œuvre dans d'autres pays et d'identifier les consensus éventuels à ce sujet ;
- d'identifier dans un deuxième temps quels étaient les aliments a priori les plus gras, les plus sucrés, les plus salés aux 100 grammes ;
- d'identifier dans un troisième temps le contenu calorique des aliments « prêts à consommer » (produits de grignotage, de snacking et plats cuisinés)

A. Les profils nutritionnels

En l'absence de données déjà validées scientifiquement et officiellement en France sur le profil nutritionnel des aliments commercialisés, il a été recherché des informations sur les modèles ou systèmes pouvant exister dans d'autres pays, à commencer par le Royaume Uni.

La consultation du site Internet de la Food Standards Agency¹ britannique est riche d'enseignements officiels de tous ordres, utiles aux scientifiques comme au simple citoyen : celui-ci peut s'inscrire pour obtenir des indications sur l'équilibre de ses achats alimentaires ou de ses consommations, trouver en ligne des conseils de recettes diététiques et des liens multiples pour éclairer ses décisions et s'informer. On aimerait qu'un site aussi complet puisse exister en France en synthétisant les informations disponibles sur les divers sites scientifiques publics et les rendant à la fois aussi complets, accessibles et compréhensibles : ce serait une façon d'éclairer davantage les citoyens et de limiter les effets de cacophonie que peuvent susciter tous les ouvrages, articles et sites internet variés sur la nutrition qui ont également été consultés pour le présent travail².

On trouve sur ce site britannique tous les détails sur le modèle de la FSA permettant de calculer le profil nutritionnel des aliments, que l'on peut charger en ligne. Ce modèle, fondé sur une méthode assez complexe de « scoring » sert de base à la régulation des publicités dans les émissions de télévision et à un système d'étiquetage par « feux de signalisation » éclairant immédiatement le consommateur sur le caractère plus ou moins sain des produits qu'il veut acheter (faisant l'objet de vives polémiques Outre-Manche si l'on en croit la consultation du site de la FSA).

¹ <http://www.food.gov.uk/healthiereating>.

² Dans ses références françaises, la mission a privilégié, par commodité mais sans pouvoir vérifier le fondement scientifique les informations figurant dans le livre des Dr Jean Michel Cohen et Patrick Serog « Savoir manger, le guide des aliments 2008-2009 » Flammarion mars 2008, les publications d'UFC Que Choisir, assez nombreuses sur le sujet, et les informations du site Doctissimo, qui a été choisi en raison de sa particulière fréquentation et du fait qu'il est le premier site complet qui apparaît quand on mobilise le mot « nutrition » sur le domaine France par alertes google, le site officiel du PNNS ne fournissant aucune information précise sur la composition nutritionnelle des aliments.

Mais ce site ne reflète qu'un classement, celui de la Food Standards Agency : il a paru plus objectif de rechercher le classement des divers aliments selon les divers systèmes de profilage existants, ce que permettait de faire deux articles publiés en 2007 dans la revue européenne de nutrition de 2007³.

Un premier article de M. Garsetti, A. Amosse, E. N. Rolf-Pedersen « Nutrient profiling schemes: overview and comparative analysis »⁴ (présentant une recherche financée par Danone) analyse les convergences et divergences d'approches de cinq grands modèles de profils nutritionnels : le schéma "a little a lot" du ministère de l'agriculture britannique, le système « USA Health Claims » de la Food & Drug Administration américaine, le modèle de classification tripartite du Centre néerlandais de la nutrition, le système de la Food Standard Agency dont on vient de parler, et enfin le « GRFMC » (Guidelines for Responsible Food Marketing to Children) du Center for Science in the Public Interest américain.

Il ressort de cet article qu'il n'y a pas, à l'heure actuelle, de consensus évident sur le caractère sain et moins sain des produits les plus courants entre ces différents systèmes, qui reposent sur des approches et des critères sensiblement différents. Le rapprochement de ces classements, produit par produit, traduit, mieux qu'un long discours, le poids des habitudes culturelles et des considérations sociologiques et économiques sur la perception par les différents pays et scientifiques du caractère sain ou moins sain des aliments.

Ainsi, sur soixante deux produits parmi les plus courants, vingt neuf ne font pas l'objet d'un consensus et l'on peut observer que cette absence d'accord concerne toutes les catégories de produits et pas seulement celles qui font l'objet classiquement de divergences comme les aliments composés : les désaccords concernent même certains produits frits, comme les « nuggets » au poulet, que la classification de la Food and drug administration ne retient pas comme « mauvais ». Ces systèmes aboutissent néanmoins à une convergence pour classer positivement les fraises, les carottes, le lait écrémé, le yaourt à basse calorie, et classer négativement les pommes de terre frites, le pop corn, les viennoiseries, sablés et biscuits au chocolat (que le système néerlandais classe quand même comme élevé en fibres), le corned beef, les steaks hachés frits, les saucisses, l'huile de palme, le cheddar et le camembert, les fruits à coques, le coca cola, les quiches, les pizzas et les glaces.

Un deuxième article⁵, publié dans la même revue, fait état des convergences et des divergences qui se sont dégagées au sein d'ateliers de travail organisé par l'Union européenne en avril 2006 sur l'établissement de profils nutritionnels.

Il en ressort en particulier, pour le sujet qui concerne la question du présent rapport, que **les participants à ces ateliers ont été d'accord pour inclure comme critère susceptible de « disqualifier » un aliment le taux de matières grasses saturées, le taux d'acides trans, le taux de sodium mais que des divergences sont apparues sur le fait de retenir un taux de matières grasses total ainsi que le taux de glucide et il a été suggéré par certains que soit retenu à la place le niveau de calories aux 100 grammes, ce que d'autres contestent.**

B. L'identification des aliments les plus gras, les plus sucrés, les plus salés

1. Les produits salés

Le site « *eat well be well* » de l'agence anglaise Food standards agency (FSA) préconise de limiter la consommation de sel tant au restaurant qu'à domicile sur les produits suivants⁶ : céréales du petit déjeuner avec sel ajouté, bacon, ketchup, pain, viande et poisson fumés, conserves de légumes, chips et graines salées, sauces et plats préparés, sauce de soja, moutarde, cornichons et mayonnaise, jambon et fromage.

³ Eur J Nutr (2007) 46[Suppl 2]:15–28.

⁴

⁵ Tetens et al. "Nutritional characterisation of foods: Science-based approach to nutrient profiling Summary report of an ILSI Europe workshop held in April 2006".

⁶ Dans l'ordre des préconisation.

Les aliments les plus salés seraient d'après le site doctissimo les suivants :

Tableau 1 : Les aliments les plus salés aux 100 grammes (en grammes de sel)

Nombre de grammes de sel aux 100 grammes	Produits
Supérieur à 10 grammes	le sel lui-même (98,7 g), les bouillons cube (38g) la sauce au soja (14,5g)
Entre 5 et 10 grammes	les anchois en conserve (9,4 g), les olives noires (8,35g), le saucisson sec et les olives vertes (5,3g)
Entre 4 et 5 grammes	le salami (4,57), le caviar (4,32) le jambon fumé (4,11), le roquefort (4g)
Entre 2,8 et 4 grammes	le jambon type Bayonne(3,6) le petit déjeuner genre all bran (3,3) le saumon fumé (3) un fromage fondu à 45% de MG (2,9) les biscuits secs salés (2,8) le ketchup (2,8).

Source : Site Doctissimo.

Le site de la FSA souligne que 75 à 80% du sel que nous ingérons vient des produits « prêts à manger » pain, fromage, charcuterie, soupes, plats préparés et snacks (sandwichs, pizzas, quiches, friands, viennoiseries).

Pour les **charcuteries**, le site doctissimo apporte les précisions suivantes :

- « Traditionnellement le sel est utilisé comme conservateur et exhausteur de goût. Les charcuteries les plus salées sont les jambons crus, 6,5 g de sel aux 100 g et les saucissons qui en contiennent 4 à 5,5 g. Ces produits cumulent ajout de sel et séchage, or cette opération concentre les teneurs. Les rillettes, les pâtés, ainsi que toutes les charcuteries cuites (jambon, saucisson, rôti de porc, épaules ou jambonneaux)... ont une teneur en sel qui avoisine les 2,5 g de sel aux 100 g. Les charcuteries peuvent contribuer à augmenter fortement le statut en sel, dont l'excès est néfaste pour la santé.

Le site de la Food Standards Agency précise que les enfants ne doivent pas manger trop de sel⁷ :

« La dose journalière maximale recommandée pour les enfants dépend de leur âge :

- 1 à 3 ans - 2 g de sel par jour (0.8g de sodium) ;
- 4 à 6 ans - 3 grammes de sel par jour (1,2 g de sodium) ;
- 7 à 10 ans - 5 g de sel par jour (2 g de sodium) ;
- 11 et plus - 6g de sel par jour (2.4g de sodium).

Ce sont les maxima recommandés pour les enfants. Il est préférable pour eux d'avoir moins. Si les enfants ont trop de sel, cela pourrait affecter leur santé à l'avenir. Et elle pourrait également leur donner un goût de la nourriture salée, ce qui signifie qu'ils sont plus susceptibles de continuer de manger trop de sel quand ils grandissent ».

En France, il n'y a pas de seuil spécifique fixé pour les enfants et le seuil fixé pour les adultes (8 grammes) est supérieur à celui fixé au Royaume Uni (6 grammes).

⁷ Il n'existe pas de telles recommandations en France.

Des explications médicales très précises et très pédagogiques (auxquels renvoient les autres articles sur le gras et le sucre) du site FSA précisent le fondement de ces conseils : ainsi, sur l'hypertension : « Manger trop de sel peut augmenter votre tension artérielle, ce qui triple le risque de développer une maladie du cœur, quel que soit votre âge »⁸. De fait, dans un célèbre essai paru en 2001 dans la revue scientifique Lancet des patients hypertendus assignés à une diète riche en fruits et légumes et pauvre en sel ont vu en un mois leur tension baisser de 1,15 points soit, commentent les auteurs, un effet égal, voire supérieur à celui d'un médicament hypotenseur.

2. Les produits gras

a) Un sujet nutritionnel complexe

Le problème de l'identification des aliments « trop gras » est problématique, car les graisses contiennent de bons et de mauvais nutriments.

Un article de Que choisir de mars 2008 fait un point intéressant de la question. Et trois messages peuvent en être retenus :

- Ne pas avoir une vision trop simpliste des graisses saturées

« Aujourd'hui le discours simpliste selon lequel il faut éviter les graisses saturées n'a plus lieu d'être, précise le Professeur Philippe Legrand, chercheur en biochimie nutrition humaine à l'INRA et expert en lipides pour l'AFSSA. En effet s'il faut se garder d'en consommer en excès, parler de cette famille d'acides gras sans distinguer entre ses différents membres n'est plus pertinent puisque chacun d'entre eux agit de façon différente notamment sur l'adiposité ou la cholestérolémie Certains acides gras des produits laitiers contiennent des propriétés intéressantes contrairement par exemple à l'acide palmitique certes présent dans le lait mais surtout apporté massivement par les graisses issues de l'huile de palme des produits industriels » ;

« Vouloir rééquilibrer son apport en matières grasses en ne prenant pas garde à celles apportées par les produits industriels, c'est se tromper de cible ».

- Veiller à l'équilibre des oméga 3 par rapport aux oméga 6

*« Via l'huile de tournesol, de maïs ou de soja et via les viandes d'animaux nourris de ces mêmes végétaux, notre consommation d'oméga 6 a été multipliée par 2,5 en 40 ans. Or même si ces acides gras oméga 6 sont dits « essentiels », l'alimentation doit à tout prix nous en apporter mais **leur excès est redoutable**. Non seulement parce que certains indices montrent qu'ils pourraient contribuer à l'épidémie d'obésité mais parce que les oméga 6 entrent en compétition avec les bienfaisants oméga 3 dont le rôle protecteur contre les maladies cardiovasculaires n'est plus à démontrer. Nous mangeons quinze fois plus d'oméga 6 que d'oméga 3 alors que dans l'idéal il faudrait en consommer à peine cinq fois plus.*

Les oméga 3 sont insuffisants dans notre alimentation : on les trouve dans l'huile de colza et de noix ainsi que dans les poissons gras (saumon, thon, sardines et maquereaux). Il convient d'éviter les oméga 6 dans les huiles de tournesol, de pépins de raisin, de maïs, de soja de germes de blé et produits qui en utilisent ainsi que les viandes grasses ».

⁸ Suit une courte et fort pédagogique explication sur les dommages de l'hypertension : « L'hypertension artérielle peut augmenter le risque de maladie cardiaque de différentes façons. Il peut endommager le cœur parce que la pression supplémentaire signifie que le cœur doit travailler plus fort pour pomper le sang dans l'organisme. Ces dommages peuvent entraîner une insuffisance cardiaque et augmenter le risque d'avoir une crise cardiaque. L'hypertension artérielle augmente également en cas d'athérosclérose, où des dépôts graisseux se produisent dans les artères. Cela rend les vaisseaux sanguins plus étroits et rigides, ce qui peut augmenter la tension artérielle plus loin et augmenter le risque d'avoir une crise cardiaque. Réduire votre tension artérielle réduit le risque de développer une maladie du cœur, même si votre tension artérielle est déjà dans la plage normale. L'expérience montre que la réduction sur le sel peut réduire la pression artérielle, en particulier dans le cadre d'une alimentation saine, y compris beaucoup de fruits et de légumes. Visitez le site de la British Heart Foundation site pour de plus amples renseignements sur les maladies du cœur ».

- **Limiter la consommation d'acides trans**

Les acides trans sont présents à l'état naturel dans les produits laitiers et dans une proportion moindre dans la graisse des ruminants. Ils sont également générés par les technologies industrielles lors de l'hydrogénisation des matières grasses (un procédé qui vise à les solidifier). Plusieurs études suggèrent que les trans d'origine naturelle ne présenteraient pas les mêmes inconvénients que leurs congénères industriels. C'est donc ces derniers qu'il faut éviter en priorité en traquant les « graisses végétales d'origine hydrogénée ».

Ces acides trans ne font pas que faire grimper le mauvais cholestérol, ils font aussi baisser le bon. Et leurs effets nocifs sont constatés dès 4 à 5 g par jour. Une limite d'1 gramme pour 100 g a été fixée par l'AFSSA.

Sur les acides trans, « Que choisir ? » ajoute :

« Les Français, comparés aux Américains, qui ingurgitent plus d'aliments industriels, ont un taux de consommation faible (2,7 grammes par jour en moyenne, contre 8 à 10 grammes). Mais les adolescents en mangent trop. L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa), dans un rapport remis en 2005, s'en est alarmée : rappelant leur nocivité si leur consommation dépasse 2% de l'apport énergétique total, ce qui est le cas de 5% de la population française, l'agence constatait que 10% des garçons de 12-14 ans - la classe la plus exposée par son alimentation - se situent, avec 2,5%, aux niveaux moyens constatés aux Etats-Unis.

Aux États- Unis, McDonald's est attaqué depuis des années sur la question. Depuis 2006, l'étiquetage de la teneur en « transfat » y est obligatoire, comme il l'était déjà au Canada. La ville de New York a décidé en outre de limiter les acides gras de façon drastique chez les restaurateurs et les traiteurs à partir du 1er juillet 2008.

Le Danemark tente depuis quelques années de convaincre l'Union européenne d'imposer une réglementation, et a fixé un taux limite dans les produits transformés depuis 2003. La Commission, qui s'en était offusquée, vient de renoncer, le 21 mars, à poursuivre Copenhague - Bruxelles avait émis l'hypothèse que cette réglementation pourrait restreindre le commerce communautaire, et donc être incompatible avec le traité européen.

En France, on se retranche derrière l'AFSSA, qui a estimé en 2005 qu'il n'était pas utile d'imposer des contraintes aux industriels vus les faibles taux français [...] mais a encouragé consommateurs et entreprises à réduire leur consommation pour les premiers, leur utilisation pour les seconds. « Nous travaillons sur le comportement des consommateurs et non sur les produits, explique la professeure Irène Margaritis, responsable de l'unité d'évaluation sur la nutrition de l'AFSSA. Une telle approche serait effectivement nécessaire ».

b) Les aliments les plus gras

La liste des produits les plus caloriques aux 100 grammes⁹⁹ fournit assez immédiatement la liste des produits les plus gras. Ceci s'explique par le contenu très calorique aux 100 grammes des lipides (900 calories) par rapport aux glucides et aux protéides (400 calories) .La liste ci-dessous fournit donc les produits les plus riches en graisses.

Peu d'entre eux sont sucrés (seuls entrent dans cette liste les produits chocolatés qui peuvent aller au-delà de 60% de matières grasses), beaucoup de ces produits sont également parmi les plus salés.

⁹⁹ Hors l'alcool qui apportant 7 calories par gramme est l'un des produits les plus caloriques qui soit.

Tableau 2 : Les aliments les plus caloriques aux 100 grammes (en calories)

Niveau	Produits
Entre 800 et 900 calories	Huiles (900 cal/100 g) végétaline (900) graisse d'oie (895) saindoux (890)
Entre 700 et 800 calories	Margarine et beurre (750) mayonnaise (710)
Entre 600 et 700 calories	Lard (670) sauce vinaigrette (658) pâte d'arachide (606) noix de coco séchée (604)
Entre 500 et 600 calories	Pistache (598) amandes et cacahuètes (574) pâte feuilletée cuite (565) sauce béarnaise (548), chocolat au lait (542), chocolat à croquer (533) pommes de terre chips (528) pâte brisée cuite (526) noix (524) maïs soufflé grillé/pop corn (519)
Entre 450 et 500 calories	Lait entier en poudre (488) saucisson sec (479) fromage de chèvre sec (464) Foie gras (462) barre chocolatée (460)

Source : Site Doctissimo.

Certaines des estimations ci-dessus sont des moyennes et paraissent surévaluées si on les rapproche de l'enquête de mars 2008 de « Que choisir ? » qui fournit les indications complémentaires suivantes sur 50 produits gras testés :

- l'apport calorique des 10 biscuits et gâteaux testés se situe entre 410 et 538 kcal les 100 grammes ;
- celui des pâtes à tarte est entre 421 et 452 kcal ;
- les plats cuisinés sont nettement moins gras que les biscuits et nettement moins caloriques aussi (179 à 279 cependant) mais les portions individuelles pour parvenir à satiété sont plus importantes ;
- les chips testés sont tous au-dessus de 500 kcal ainsi que les biscuits apéritifs ;
- les frites sont dans un rapport d'1 à 2 entre les produits mais l'apport s'établit entre 176 et 330 calories les 100 grammes pour mac do et quick ;
- entre les mayonnaises allégées il est constaté des taux de 89 à 275 calories ;
- l'apport calorique des céréales se situe au-dessus de 400kcal, la teneur en lipides étant acceptable ;
- les produits chocolatés se situent tous au-dessus de 460 kcal ;
- les produits laitiers ont un apport calorique très inférieur.

Trois constats se dégagent de cette enquête de « Que choisir ? » :

- sur les 50 produits alimentaires testés, un seul dépassait la dose prescrite en acide trans et seuls 8 dépassaient 0,25 sur 100 grammes ;
- les teneurs en oméga 6 et 3 sont infimes dans les produits recensés ;
- l'apport en acides gras saturés des produits testés est excessif et représente généralement la moitié des graisses apportées. Ces acides gras saturés sont notamment présents dans les produits chocolatés, les chips, la charcuterie, la viande, le beurre, le fromage et les desserts lactés.

Le livre de Béatrice de Reynal, « Les vérités qui dé-mangent. Les coups de gueule d'une nutritionniste engagée » paru au début 2008 précise les choses de façon pédagogique :

10 grammes de beurre (petite plaquette servie dans les restaurants) représentent 8,3 grammes de lipides, soit la même dose que :

- 10 grammes de mayonnaise, 20 grammes de cacahuètes, 25 grammes de chips ;

- 1 tartelette aux fruits, 35 grammes de biscuits chocolatés, ½ barre de Mars (soit 25 grammes), 25 grammes de chocolat au lait ;
- 2 pots de crème dessert au chocolat, 100 grammes de glace (4 boules) ½ litre de lait écrémé, 2 petits suisses 40% de MG, 2 yaourts au lait entier, 50 grammes de camembert, 30 grammes de comté, 6 à 8 yaourts nature ;
- 200 grammes de rosbeef grillé, 150 grammes de poulet avec sa peau, 50 grammes de rôti de porc ;
- 2 œufs durs ;
- 20 grammes de rillettes, 25 grammes de saucisson sec ;
- 60 grammes de frites. Les frites (15% MG) sont deux fois moins grasses que les chips (36%MG) ou le saucisson (35% MG).

Une cuillère à soupe d'huile équivaut à 10 grammes de lipides soit 90 kcal. Dans cinq cuillères à soupe d'huile il y a 450 Kcal. En principe la dose journalière de lipides à ne pas dépasser pour un adulte est de 80 grammes par jour pour un adulte (QC mars 2008).

c) Le cholestérol

« Certains aliments contiennent du cholestérol. Ce type de cholestérol est appelé le cholestérol alimentaire. Le **foie, les rognons, les œufs et les crevettes** contiennent plus de cholestérol alimentaire que d'autres aliments. **Mais le taux de cholestérol que nous recevons de ces aliments a beaucoup moins d'effet sur le niveau de cholestérol dans le sang que la quantité de graisses saturées** que nous mangeons. » indique le site de la Food Standard Agency.

Le site *Doctissimo* fournit les informations complémentaires suivantes sur les aliments les plus riches en cholestérol, parmi lesquels apparaissent une nouvelle fois peu de produits sucrés :

Tableau 3 : Les aliments les plus riches en cholestérol (en milligrammes aux 100 grammes)

Niveau	Produits
Supérieur à 500 mg	cervelle (2 600 mg/100 g) ; jaune d'œuf (1 400) rognon cuit (520) œuf cru ou cuit (500)
Entre 300 et 500 mg	caviar (440) foie gras (380) foie cuit (320)
Entre 200 et 300 mg	calmar frit (260) beurre (250) ris d'agneau ou de veau (250) <i>gâteau de Savoie</i> (210) <i>madeleine</i> (203)
Entre 150 et 200	sauce hollandaise (200) soufflé au fromage (185) crevette grise cuite (180) quiche lorraine (180) <i>éclair</i> et pâté de campagne (170).

Source : Site *Doctissimo*.

3. Les produits sucrés

a) Les boissons sucrées et la question des boissons allégées en sucres

– Données générales

100 ml de soda contiennent 10 grammes de glucide en moyenne, soit l'équivalent de deux morceaux de sucre et de 40 kcal. Dans une bouteille d'1 litre cela fait 20 morceaux de sucre, 100 grammes de glucide, 400 kcal. **Un demi- litre de boisson à 10 grammes de glucides correspond au seuil quotidien de glucide rapide recommandé pour une femme en France (50 grammes, le total des glucides étant de 275 grammes).**

La revue « 60 millions de consommateurs » de juillet août 2007 indique qu'en 1997 les Français buvaient 42,5 litres de boissons sucrées par an. En 2006 ils en boivent 58,3 litres (soit une progression de 15 litres en 9 ans) dont 9 litres sans sucre ajouté, 49,3 litres avec du sucré ajouté. On est passé de 158 millions de litres sans sucre à 551 millions de litres mais de 2,21 milliards de litres sucrés à 3,01 milliards.

Les données collectées par Cohen et Serog font apparaître les informations suivantes : le nombre de grammes de sucre pour 100 ml de boisson s'élève entre 9 et 12 grammes pour la plupart des sodas et boissons gazeuses sans édulcorants testées, certaines limonades et tonics pouvant n'en contenir que 7 ou 8, certains sodas allant jusqu'à 18 et 19 grammes, le coca-cola classique en contenant 10,5 grammes, le Pepsi 11 grammes.

Le règlement européen de juillet 2007 définit les allégations relatives aux produits allégés : le produit « sans sucre » ne contient pas plus de 0,5 grammes de sucre par 100 ml ; « sans apport énergétique », le liquide contient au maximum 4 kcal par 100 ml ; « à faible valeur énergétique », le liquide contient au maximum 20 kcal par 100 ml ; **« sans sucre ajouté », il n'y a pas d'ajout de sucres mais des sucres peuvent être naturellement présents.**

– Les eaux minérales aromatisées

Les eaux minérales aromatisées « posent le redoutable problème de l'addition en sucres » et « constituent un apport calorique supplémentaire » selon l'Académie de médecine (avis en 2006)

Un test de « Que choisir » de juillet août 2007 classe ces boissons aromatisées, selon leur équivalence en morceaux de sucre/litre de diverses boissons plates et gazeuses et souligne que les eaux à la fraise peuvent selon les cas contenir du sucre ou des édulcorants comme le montrent les quelques exemples suivants .

Tableau 4 : Contenu en sucre d'eaux aromatisées aux fraises selon « Que choisir ? »

Boisson	Prix au litre en euros	Nombre de morceaux de sucre par litre	Edulcorant
Auchan fraise	0,44	7	
Carrefour kids fraise	0,43	9,5	
Casino fraise	0,52	7	
Contrex fraise	0,88	0	49,6 mg d'acésulfame K
Cora fraise	0,43	0	149 mg d'aspartame 63 mg d'acésulfame K
Ed fraise	0,33	0	148 mg d'aspartame 63,4 mg d'acésulfame K
U fraise	0,48	9,5	
Volvic fraise	0,73	8	

En revanche, le contenu en sucre des eaux au citron, ressortant de ce test, est moins élevé : l'équivalent « nombre de morceaux de sucre » n'excède généralement pas 1 à 2 morceaux de sucre par litre.

– La question des boissons allégées et des édulcorants

Les boissons allégées contiennent généralement beaucoup moins de sucre (pas plus de 2 morceaux en général au lieu de 16 à 25 pour les boissons gazeuses, coca, limonades, etc.) mais elles contiennent des édulcorants artificiels dans une proportion qui tourne autour de 150 grammes à 200 grammes par litre.

Les 17 versions de boissons testées par « Que choisir » ne contiennent pas de sucre mais des édulcorants en quantité, parfois à la limite des doses autorisées. « Que choisir ? » précise :

« La dose journalière admissible d'aspartame a été fixée à 40 mg par kilo de poids corporel. Un adulte pesant 60 kg ne doit donc pas absorber plus de 2 400 mg d'aspartame par jour. »

L'EFSA a conclu mi 2006 que la dernière étude italienne qui avait ravivé les plaintes d'un éventuel effet cancérigène n'était pas de nature à remettre en cause la sécurité de l'aspartame. Une dose maximale de 600 mg/ litre a été fixée pour les boissons. Il faut donc boire 4 litres d'une boisson sucrée dont le contenu serait proche de la dose maximale pour commencer de courir un danger.

L'AFSSA a réalisé en 2007 de nouveaux calculs pour l'aspartame : elle a constaté que la consommation de la population française se situe nettement en deçà de la Dose Journalière Autorisée, y compris chez les enfants diabétiques qui en sont les plus forts consommateurs. Une étude récente de l'AFSSA (mi-2006) vient par ailleurs de procéder à une réévaluation complète des apports journaliers des autres édulcorants (en acésulfame K, saccharine et cyclamate). Ce dernier était théoriquement le seul à pouvoir induire un dépassement. « Après enquête sa consommation ne présente pas de risques, puisque peu de produits sucrés allégés en contiennent » indique Jean Luc Volatier responsable du pôle d'appui scientifique à l'AFSSA dans l'entretien publié par ce numéro. »

– La question des jus de fruits

Les trois moyennes établies par Cohen et Serog sur les jus de fruits font état d'une valeur calorique moyenne de 44,6 kcal le verre de 100 millilitres de jus d'orange, 49 kcal les autres jus de fruits, l'apport calorique des jus de légume étant quant à lui estimé en moyenne à 22,36 kcal mais l'apport en **sel des jus de légumes étant évalué pour certains d'entre eux à 7 ou 7,5 grammes par litre.**

L'apport moyen des jus de fruits est en moyenne de 10,4 grammes pour les jus d'orange, 11,6 grammes pour les autres jus de fruits et donc tout à fait comparable à celui des sodas et boissons gazeuses non allégées.

Mais ces moyennes n'ont pas grand sens car les produits recensés appartiennent à toutes sortes de catégories diversifiées : nectars, jus concentrés ou dilués, etc... et les jus de fruits peuvent être plus ou moins sucrés selon les fruits qui les composent : un jus de raisin ou un jus de pomme ou un nectar peut aller jusqu'à contenir 15 à 17 grammes de sucre pour 100 millilitres, d'autres produits n'auront que 7 grammes de sucre.

b) Les confiseries et les chocolats

La valeur calorique moyenne des **bonbons** au sucre dont le contenu a été analysé par Cohen et Serog est de 338 kcal, et est constituée à 83% de glucides, celle des « bonbons sans sucre » de 238 Kcal, dont 91% de glucides, celle des chewing gum avec sucre de 312 kcal, sans sucre de 174 kcal. La valeur moyenne des autres confiseries (pâtes de fruits, calissons, dragées, nougats) est de 416 kcal avec 74% de glucides et 11% de lipides.

La valeur calorique du **chocolat** s'établit en moyenne de la façon suivante selon les mêmes auteurs :

Tableau 5 : Récapitulatif par type de chocolat pour 100 g (moyenne)

Type	Protéines en g	Lipides en g	Glucides en g	Énergie en kcal	Pourcentage cacao
Noir	7	38,6	45	555	60%
Lait	7	36,3	50	555	34%
Blanc	7	34	55	554	0
Fourré	6	32,6	53	530	Variable
En poudre	9	31	54	374	Variable

Source : Cohen et Serog.

c) Les viennoiseries, pâtisseries, biscuits et barres de céréales

Selon les relevés de Cohen et Serog le contenu calorique aux 100 grammes des **viennoiseries** s'étage en moyenne dans les boulangeries entre 325 kcal pour un pain aux raisins, 366 kcal pour un pain au lait, 407 kcal pour un pain au chocolat et 410 kcal pour une brioche ou un croissant, les taux de lipides se situant en moyenne à 15%, les taux d'acides gras saturés étant particulièrement élevés. Les valeurs caloriques relevées sur la viennoiserie industrielle sont en général un peu moins élevées selon les auteurs.

La moyenne générale des **pâtisseries fraîches** relevées par ces mêmes auteurs est de 432,3 kcal les 100 grammes, dont 5,5% de protéines, 21,4% de lipides, 54,5% de glucides.

La valeur nutritionnelle des **biscuits** est extraordinairement diversifiée et les dispersions extrêmement fortes : sur les seuls biscuits secs au chocolat, les valeurs s'étagent entre 377 et 609 kcal. Les biscuits peuvent contenir entre 3 et 40% de matières grasses alors que les variations qui concernent les glucides et les protéines sont faibles.

Le tableau suivant fait apparaître la moyenne des valeurs relevées sur différentes catégories de biscuits.

Tableau 6 : Récapitulatif des valeurs nutritionnelles moyennes des produits du rayon biscuits pour 100 g

Type	Protéines en g	Lipides en g	Glucides en g	Nombre testé	Valeurs extrêmes	Énergie moyenne
Biscuits secs nature	7	17	70	125	352-536	462
Biscuits secs fruits	7	16	68	20	371-504	443
Biscuits secs chocolat	7	25	62	106	377-609	497
Moyenne biscuits secs	7	20,25	66			474
Biscuits fourrés au chocolat	7	23	65	195	415-550	491
Moyenne biscuits fourrés	6	20,3	65,6			470

Source : Cohen et Serog 2008.

Le monde des **barres de céréales** est tout aussi hétérogène. Les teneurs en céréales peuvent varier de 25 à 50%, les teneurs en lipides d'1 à 6 grammes par barre, les matériaux dont elles sont composées sont nombreux et variés. Comme toujours, l'ajout de chocolat majore le taux de lipides et le niveau calorique. Il est fréquent que des graisses hydrogénées figurent dans ces produits.

La valeur moyenne calorique des produits relevés s'élève à 97 kcal, 2,6 grammes de lipides et 17 grammes de glucides rapides. Une barre de céréales pèse entre 20 et 32 grammes : comme une barre ne suffit pas, on en mange souvent deux. Les auteurs précisent qu'il vaut mieux éviter de manger plus de 5 à 6 grammes de lipides pour un goûter.

d) Confitures, pâtes à tartiner et céréales du petit déjeuner

On a besoin le matin, après un jeûne de 10 ou 12 heures, de reconstituer les réserves de glucides de l'organisme, que celui-ci ne stocke pas, contrairement aux graisses. 60% des glucides avalés sont utilisés par le cerveau (75% pour le nourrisson) selon Cohen et Serog. C'est pourquoi il est généralement recommandé aux enfants de manger des glucides (de préférence lents) le matin. Un très bon glucide lent est le pain, pouvant être riche en fibres par ailleurs, mais salé

La moyenne des calories apportées par les confitures recensées par Cohen et Serog est de 218 kcal pour 100 grammes, dont 51 grammes de sucres rapides, sans protéine, ni lipides.

La moyenne des calories apportées par les **pâtes à tartiner** (moyenne sans fortes dispersions) est de **554 kcal** (dont 530 pour le produit leader Nutella), dont 8 grammes de protides, **36 grammes de lipides**, 52 grammes de glucides.

Selon les relevés de Cohen et Serog, le bilan nutritionnel des céréales s'établit de la manière suivante :

Tableau 7 : Récapitulatif par type de céréales pour 100 g

Type	Énergie kcal	Protéines en g	Lipides en g	Glucides en g	Sucre Simple en g	Céréales (% du produit)	Nombre
Soufflées	388	6,5	4	82	36	58%	44
Fourrées	422	7	14	66	34	41%	9
Pétales	375	9,2	3,9	76	23	68%	82
Cruesli	435	7,5	16	66	29	45%	23
Muesli	382	9	9	64	18	68%	21
Moyenne	400	7,8	9,4	71	24		179

Source : Cohen et Serog 2008.

Le contenu moyen en sel des céréales du petit déjeuner est de 0,42 grammes pour 100 grammes en 2008, en baisse selon les auteurs de 15% par rapport à 2006.

e) Les glaces et sorbets

Selon les relevés de Cohen et Serog, la valeur calorique moyenne des spécialités glacées et desserts glacés est de 143,4 cal/100 ml, le taux de lipide s'élevant à 6,9%, le taux de glucide à 18,5%.

La valeur calorique moyenne des glaces bac est de 138 cal/100 ml et le taux de lipide limité à 5,9% mais celui de glucides s'élevant à 19%. Des écarts notables en valeur calorique et taux de lipides sont constatés entre les marques mais ils ne recouvrent pas nécessairement la distinction sorbet/ crème glacée.

La présence de chocolat est un facteur nettement majorant du taux de lipides et du nombre de calories.

La valeur calorique moyenne des glaces individuelles relevée par Cohen et Serog s'élève à 256 cal/100 g, avec un taux de 14% de lipides et de 29% de glucides, la valeur calorique de la portion moyenne s'élevant à 155 cal.

C. Les produits de « grignotage », de « snacking » et plats cuisinés

1. Les produits de grignotage

a) Les produits de grignotage ont un contenu calorique diversifié par portion ou 100 grammes et millilitres

Un tableau, déjà ancien puisqu'établi à partir du répertoire national des aliments de 1995 illustre de façon un peu schématique mais éclairante la situation par portion et permet d'identifier une liste des produits de « grignotage » : viennoiseries, chocolat blanc et noir, cacahuètes, chips, confiseries, frites, biscuits, pâtisseries, coca cola et boissons rafraichissantes.

Tableau 8

Croissant		Chocolat blanc		Cacahuètes	
	Apport calorique		Apport calorique		Apport calorique
	200 kcal	 100g	540 kcal	 100g	600 kcal
Pain au chocolat		Chips		Bonbons	
	280 kcal	 100g	580 kcal	 100g	600 kcal
	270 kcal	 100g	280 kcal	 100g	370 kcal
	240 kcal	 250ml	100 kcal	 100g	440 kcal
 100g	520 kcal	 250ml	110 kcal	 100g	490 kcal

(répertoire général des aliments - 1995)

Chocolat noir

Soda

Biscuit au chocolat

b) Les apéritifs

95% des ménages français achètent des gâteaux apéritifs à raison de 2 kg par habitant et par an. Le nombre de produits commercialisés a explosé en deux ans : il est passé de 236 à 540 entre 2005 et 2007. La croissance du marché des chips est de 6 à 9% par an. Les Français en consomment 1,2 kg par habitant.

Le contenu calorique en est variable selon les produits, mais globalement la teneur en graisses et en sel de ces produits est très élevée si l'on se réfère au test de « Que choisir ? » datant de juin 2006, qui fait apparaître les résultats suivants :

1. Test sur 23 chips. L'apport calorique se situe entre 500 et 600 calories les 100 grammes. L'apport de matière grasse se situe entre 23,9% et 41,2% et généralement autour de 33 à 38%. L'apport en sel toujours au-dessus d'1,3 grammes les 100 grammes, parfois jusqu'à 2,5 ou même 2,8 grammes. L'apport en glucide est supérieur à 50% dans 22 cas sur 23. L'écart entre l'allégé et le standard est faible pour les deux produits qui revendiquent une teneur réduite en matières grasses et ne se retrouve pas dans l'apport calorique ;

2. Les tuiles et les pétales ne sont pas moins caloriques ni moins salés. Les valeurs s'étalent entre 475 et 560 calories les 100 grammes, et l'apport en sel supérieur à 1,3 grammes et atteint même dans deux cas 3,2 et 3,6 grammes ;
3. Les assortiments de biscuits salés apportent un bilan calorique, une proportion de sel et de gras tout aussi élevés sauf pour les bretzels, les taillefines et les mélanges japonais qui se situent en dessous de 10% de matière grasse et plutôt autour de 400 kcal que de 500 kcal ou plus ;
4. Test sur 10 charcuteries et 4 fromages (cubes de fromages) :
 - a. saucisses cocktail rayon frais (6 produits) tous 260 kcal les 100 grammes jusqu'à 333 et 336 chez Lidl ou carrefour ; 24% de lipides et de 2,4% à 1,8% de sel ;
 - b. saucisson bâton de Berger 23,6% de matière grasse, 351 kcal pour 100 grammes. Lorsqu'indiqué avec 25% de matière grasse, il comporte 4,3% à 4,8% de sel ;
 - c. fromages en cube 22% de matière grasse ; 271 à 275 kcal pour 100 grammes ; 1 à 1,2% de sel ;
 - d. 5 catégories d'olives et 4 mélanges de fruits. L'apport calorique des mélanges de fruits est supérieur à 416 kcal/ 100 grammes et va pour un produit hard discount jusqu'à 467. Les matières grasses représentent plus de 15%, 22% dans le cas le plus élevé. L'apport des olives va de 175 kcal à 388 kcal pour 100 grammes, le % en matières grasses de 17,2% à 35,4%. La teneur en sel des olives va de 2,6% à 9,6% pour les olives ;
5. Test sur 14 cacahuètes, 8 pistaches et 7 noix de cajou. : une caractéristique commune, des apports caloriques très élevés, une teneur en gras proche ou supérieure à 50% :
 - a. l'apport des 9 cacahuètes grillées et salées est supérieur à 628 kcal les 100 grammes dans tous les cas et va jusqu'à 672 kcal et leur apport en matière grasse s'étale de 49,4% à 56,8%, l'apport en sel entre 0,6% pour un produit, 1,1% pour la majorité voire 1,2% pour 2 ;
 - b. l'apport calorique des 5 catégories testées de cacahuètes grillées à sec est légèrement inférieur (entre 605 et 647 kcal/100 grammes), l'apport en matière grasse s'étale de 47,5% à 53,5%, celui de sel s'étage entre 1,4 et 3,6% ;
 - c. les pistaches sont grosso modo dans les fourchettes précédentes pour l'apport calorique, l'apport en sel s'étage entre 1,2% et 2,7%, Les noix de cajou aussi, avec un apport légèrement moins élevé en sel mais supérieur dans tous les cas à 0,8% et allant jusqu'à 1,3%.
6. Test sur 8 tartelettes et feuilletés surgelés : avec une moyenne de 312 kcal pour 100 grammes ce ne sont pas les plus caloriques de l'étude. Le taux de matière grasse se situe entre 15,3 et 21,7%, l'apport en sel entre 0,9 % et 1,6% ;
7. Test sur 9 tortillas : elles se tiennent « dans un mouchoir de poche » avec des teneurs en matières grasses comprises entre 22,4% et 28,6% et des valeurs caloriques entre 500 et 528 kcal. Ceci sans la sauce (130 à 200 cal) ou le tarama (500 kcal) qui s'y ajoute parfois ;
8. 13 Apéritifs « pour enfants » (monster munch, asterix belin, petits fantômes carrefour) : un apport calorique entre 450 et 536 calories, une moyenne de 3% d'apports en sel ;
9. 8 produits soufflés : en dehors d'un produit testé, des teneurs en matières grasses entre 21 et 28% et des teneurs caloriques entre 480 kcal et 523 kcal.

2. Le « snacking »

Selon Cohen et Serog, la définition généralement admise du snacking est la suivante : « *il s'agit d'un produit qui ne nécessite pas d'être consommé à une table et qui peut être pris en dehors des repas réguliers comme à leur place. Le lieu peut être la rue, d'où le nom de « street food »* ».

Le snacking inclut selon eux les sandwiches, les salades, les produits laitiers, les hamburgers, les pizzas, les kebabs, les sushis, etc...

Cohen et Serog font observer que :

- le secteur fait fonctionner 1400 enseignes de chaînes de fast food, 2000 points de vente de chaînes dédiées aux sandwiches et salades (Brioche dorée, Paul, etc), 39 800 cafés bars et brasseries, 27 600 points de vente alternatifs, composés de stations essence, de cinémas, de grandes et moyennes surfaces ;
- **en 1996, 90% du chiffre d'affaires était réalisé entre 12 heures 30 et 14 heures 30 et en 2006 seulement 50% du chiffre d'affaires ;**
- désormais 59% des Français ne déjeunent plus chez eux et 30% mangent sans s'asseoir à table ;
- le sandwich est le produit phare qui se retrouve dans 1 repas sur 4 de l'homme au travail, 1 sur 3 dans un cadre de loisirs, 1 sur 2 en voyage. 21% des sandwiches sont achetés en grandes et moyennes surfaces, 20% en boulangeries, 15% dans les hôtels cafés et restaurants, 10% dans les stations essences et 24% ailleurs. En 2006 le chiffre d'affaires réalisé dans les grandes surfaces a progressé de 11,9% en volume et représente 294 M€.

Quel que soit le mode de restauration choisi on le juge sur son contenu et sa densité énergétique (pour ne plus avoir faim, il faut un certain volume d'aliments ; plus les aliments contiennent de l'énergie sous un faible volume plus il faudra d'aliments pour assurer le rassasiement).

Il n'y a pas de produit standard dans la restauration rapide.

L'enquête menée par les auteurs fait apparaître la moyenne du contenu nutritionnel des différentes catégories de produits.

Tableau 9 : Valeur moyenne par portion et aux 100 grammes des produits de snacking

Moyennes	Prix (€)	Poids unitaire en g	Valeur nutritionnelle Par portion kcal	Valeur nutritionnelle pour 100 g kcal
Kebabs	4,18	411	964	232
Sandwichs	2,91	206	536	261
Paninis	3,6	227	573	256
Salades	3,63	348	381	107

Source : Cohen et Serog 2008.

Elle fait apparaître aussi les grands écarts existant par portions et contenus caloriques des différents types de produits avec des écarts de 20% pour les sandwichs et de 50% pour les autres produits.

Tableau 10 : Ecart des valeurs à l'intérieur des diverses catégories de snacks

Moyennes	Prix (€)	Poids unitaire en g	Valeur nutritionnelle Par portion kcal	Valeur nutritionnelle pour 100 g kcal
Kebabs	4 à 4,5	319 à 534	660 à 1 385	175 à 267
Sandwichs	2,1 à 3,7	182 à 300	468 à 737	245 à 293
Paninis	2,5 à 4,5	168 à 350	441 à 763	195 à 279
Salades	2,8 à 4,35	202 à 579	204 à 739	91 à 128

Source : Cohen et Serog 2008.

Les quiches tartes et pizzas tournent autour de 500 calories pour 180 à 200 grammes avec des teneurs en graisse de l'ordre de 20%.

La petite portion de frites chez Mac Do représente 235 kcal quand la grande en comporte 470. La valeur des hamburgers pour 100 grammes varie en protéines entre 10 et 15 grammes, en lipides entre 11 et 21,8 g, les desserts varient entre 54 et 570 kcal aux 100 grammes.

3. Les plats cuisinés « prêts à consommer »

Le tableau ci-près récapitule les moyennes aux 100 grammes observées par Cohen et Serog sur différents types de plats cuisinés.

Il est rappelé que la quantité de matières grasses saturées par jour ne doit pas dépasser 8 à 12 grammes : un plat cuisiné ne devrait pas en apporter plus que 2 à 4 grammes. Pour respecter approximativement ces doses, Cohen et Serog indiquent que la teneur en graisses totales d'un plat cuisiné ne devrait pas dépasser 5 à 6 grammes pour 100 grammes.

La dose de sodium journalière, qui correspond à 8 grammes de sel, s'établit à 3,15 grammes.

Tableau 11 : Teneur moyenne pour 100 grammes de divers types de plats prêts à consommer

Produit	Calories	Protéines	Lipides	Acides gras saturés	Glucides	Sodium (multiplier par 2,54 pour équivalent sel)
Pizzas	227,8 de 170 à 400*	10,2	9,2	ND	26,5	0,6
Tartes et quiches	237 De 238 à 300*	7,4	14,3	ND	20	0,5
Crêpes et feuilletés	239,49 De 160 à 380*	8,86	12,73	ND	22,21	0,49
Nems et raviolis chinois	212	7,5	10,6	2,1	21,7	ND
Plats cuisinés de viande Volaille	121	7,5	4,71	1,94	12,27	0,3
Plats cuisinés de Porc	137	7,3	6	2,7	13,5	0,4
Plats cuisinés de Veau	121	7,9	4,9	2,7	11,4	0,4
Plats cuisinés de bœuf	113	7,6	4,9	1,7	9,6	0,3
Moussaka	128	5,6	8,8	2,6	6,5	0,4
Mouton agneau	122	9,2	4,6	1,3	11	0,4
Lapin	115	7,8	4,2	ND	11,3	0,4
Cassoulet	135	8,5	6,9	2,1	9,8	0,4
Choucroute	103	4,4	8,2	3,7	3	1,2
Légumes farcis	133	5,9	6,9	2,8	12	0,5
Saucisses lentilles	120	8,8	5,2	1,8	9,6	0,4
Couscous	136	7,5	4,4	1,5	16,5	0,6

Produit	Calories	Protéines	Lipides	Acides gras saturés	Glucides	Sodium (multiplier par 2,54 pour équivalent sel)
Brandade de morue	134	6,2	7,3	2,6	10,9	0,4
Saint jacques	109	6,1	4,6	1,6	10,8	0,3
Saumon	135	7,2	6,9	3,2	11,2	0,3
Paella	136	7,2	4,5	ND	16,7	0,6
Hachis parmentier	133	6,3	7,3	5,3	10,4	0,4
Gratins de pommes de terre	132	5,1	6,7	6,1	12,3	0,5
Lasagnes	128	6,1	5,4	ND	13,5	ND
Tortellini	293	11,5	8,6	ND	42,1	ND

Source : Cohen et Serog 2008.

**Les repères de dispersion sont indicatifs et ne retiennent pas nécessairement la plus grande ou la plus faible valeur quand celle-ci est trop isolée*

Cette liste (non complète) fait apparaître la grande hétérogénéité du secteur et la teneur particulièrement riche en lipides des pizzas, tartes, crêpes et feuilletés par rapport aux autres produits.

D. Conclusions à tirer

La mission n'était en rien habilitée à « choisir » la liste des aliments à taxer et ne pouvait à son niveau identifier les bons critères de choix des aliments à taxer.

Il était néanmoins possible, à partir des éléments collectés, de tirer le constat qu'une grille fondée sur les seuls critères d'excès de matières grasses saturées et trans et de sel, admis sans conteste par les experts réunis par la Commission européenne en avril 2006, conduirait, sur la base des diverses informations collectées, à revoir en priorité les taux de TVA applicables aux produits suivants :

- matières grasses d'origine animale (beurre, saindoux, etc) au même titre que les matières grasses végétales déjà taxées à l'heure actuelle ;
- certaines charcuteries (lard, jambon cru, saucisson, salami, foie gras) ;
- à certains condiments (mayonnaises, vinaigrettes, sauces diverses à partir de matières grasses ; sauce au soja ; ketchup) ;
- aux fruits à coque ;
- aux poissons salés (du type saumon ou anchois) ;
- aux chips, pop corn et biscuits secs salés ;
- au chocolat sous toutes ses formes et surtout les pâtes à tartiner dont le taux de lipide est très élevé et la consommation se répand très vite ;
- aux tartes et produits à tarte à réchauffer ;
- aux pâtisseries et à certains desserts lactés.

Si d'autres produits sucrés devaient être inclus, seraient prioritairement concernés les boissons sucrées, les biscuits ou les céréales au-delà d'un certain taux de matières grasses ou de sucres rapides.

Cette liste ne correspond pas rigoureusement à celle fournie par la direction générale de la Santé à la mission qui vise les produits suivants :

- **produits à base de céréales** : viennoiseries, pâtisseries, céréales de petit déjeuner fourrées, biscuits (avec une limite suggérée sur la teneur en matières grasses de 18 g/100g, une limite en sucres ajoutés semble plus complexe à proposer) ; barres

céréalières (à discuter selon la teneur en sucres simples ajoutés) ; biscuits, chips et produits apéritifs (y compris surgelés) ;

- **produits de confiseries** : Barres chocolatées ; Pâtes à tartiner ; Chocolat (ce qui amènerait à modifier une réglementation modifiée récemment) ;
- **produits gras** : Mayonnaises ; Crèmes fraîches entières ; Beurre destiné à des utilisations alimentaires industrielles, voire beurre de consommation familiale ;
- **surgelés** : Aliments à frire ; Pâtisseries ; Glaces ; Pizza (de type 4 fromages ou équivalent) ; les Tartes salées, Quiches, feuilletés ;
- **charcuteries** : Rillettes ; Saucissons ; Pâtés ; Knacks Knackies ; Foie gras ;
- **produits dérivés du lait** : Yaourts et fromages frais - fromages blancs avec adjonction de sucre ; Desserts lactés (avec ajouts de sucres) ; Crèmes desserts ;
- **ingrédients** : Sel ;
- **boissons avec ajouts de sucres** (boissons alcoolisées déjà prises en compte).

Comme il ne pouvait être question de majorer la TVA sur l'ensemble de ces produits, sans conséquences économiques et sociales majeures, la mission s'est simplement attachée à recueillir des éléments d'information sur le chiffre d'affaires des principaux segments de marché concernés, pour autant que ces informations existent et soient fiables, afin d'évaluer la dépense fiscale afférente à ces produits.

Elle s'est ensuite attachée à synthétiser les enseignements dont elle avait eu connaissance sur l'élasticité prix de ces produits en France telle qu'elle ressortait de trois études récentes et différentes menées par trois chercheurs de l'INRA. (analysées par ailleurs dans l'annexe IX).

II. L'EVALUATION DE LA DÉPENSE FISCALE RELATIVE AUX PRODUITS TROP GRAS, TROP SALES ET TROP SUCRES

L'ensemble des évolutions appréhendées à travers les statistiques de l'INSEE témoigne de la rapidité avec laquelle les comportements alimentaires peuvent évoluer sur de assez courtes périodes.

Compte tenu de leur caractère agrégé, ces statistiques ne permettent pas cependant de connaître le niveau précis des consommations des produits visés par la partie précédente. Il a fallu donc rechercher dans la presse professionnelle des éléments complémentaires d'information sur les produits dont la consommation pouvait poser le plus de problèmes en termes nutritionnels (hors boissons alcoolisées). Ces informations ont été mobilisées notamment à travers les études diffusées par l'organisme Xerfi, dont seules les données quantitatives empruntées à des publications sont ici reprises¹⁰.

A. Données économiques relatives à quelques produits salés, gras ou sucrés

1. La charcuterie

L'évaluation de la consommation des ménages ne peut se faire directement à travers la nomenclature INSEE (7 codes produits sont concernés). Selon les estimations d'OFIVAL¹¹, les achats des ménages en charcuterie correspondaient à un volume de 615 000 tonnes en 2005 et à 5,5 Mds€, le prix moyen du kg vendu se situant près de 9 €.

Selon ces estimations, la charcuterie ne représenterait qu'un peu plus du tiers des consommations des préparations de viandes, estimées par l'INSEE à 14 844 M€ en 2006.

¹⁰ En raison des règles de confidentialité qui s'attachent à la publication des études du Xerfi elle mêmes.

¹¹ Office national Interprofessionnel des viandes, de l'élevage et de l'aviculture.

Selon la Fédération française des industriels charcutiers traiteurs transformateurs de viandes (FICT)¹², **la production de charcuterie s'est élevée en 2006 à 6,9 Mds€ dont 352 M€ exportés**. Les débouchés en France sont constitués pour 62% par la grande distribution, 9% par les charcuteries traditionnelles, 11% par la restauration hors foyer et 8% par les autres industries agro alimentaires comme produits intermédiaires.

D'après une étude Nielsen, les achats 2005 des ménages en libre service dans les Grandes et Moyennes Surfaces (GMS) se répartissaient principalement entre le jambon (29%), le saucisson sec (14,5%), les saucisses (11,2%) et la charcuterie de volaille (8,6%), les pâtés et rillettes ne représentant que 6,5% des consommations, part de marché proche de celle du jambon cru ou des lardons. Le foie gras quant à lui représentait un volume de 170 M€ dans les GMS.

Selon le Centre national de gestion agréé de la boucherie et boucherie charcuterie français, la répartition de l'activité de ces circuits de vente traditionnels et spécialisés (qui regroupe 15 300 points de vente environ) a évolué significativement : la vente de viande de porc et de charcuterie a vu sa part augmenter de 2 points dans le total des ventes sur la période, la vente de charcuterie représentant 15,1% des ventes de ce secteur en 2004, celle de viande de porc 13,7%.

La charcuterie est la garniture la plus utilisée (45% des garnitures) sur le marché du sandwich. Ce marché du sandwich a quasiment doublé de taille entre 1997 et 2005, souligne la profession.

56,1% en volume du chiffre d'affaires du secteur est constitué par des salaisons (24% pour le jambon cuit, 10,6% pour le saucisson sec, 5,3% pour le jambon sec et 8,4% pour les lardons/poitrine). 43,9% concerne la charcuterie (20% pour les saucisses, 10,9% pour les pâtés, 5,3% pour les saucissons cuits, 2,5% pour les volailles).

D'après le FICT, **le secteur de la charcuterie salaison** comportait en 2006 354 entreprises, situées majoritairement dans l'Ouest de la France, et **employait 36 000 salariés environ**. Le secteur est encore assez faiblement concentré, les dix entreprises les plus importantes (parmi lesquelles CCA - Paul Predault etc..., Fleury Michon, Madrange) employant 27% des effectifs. Ces entreprises souffrent généralement de la forte concentration des centrales d'achat des grandes surfaces et rencontrent des difficultés à répercuter leurs prix de production sur les prix industriels facturés aux grandes surfaces.

Ces différentes sources conduisent à évaluer l'assiette des consommations de charcuterie à domicile à 5 600 M€ et la dépense fiscale associée au taux réduit à 746 M€.

2. Les produits cuisinés ou élaborés salés¹³

Ces produits n'ont pas de nomenclature d'activité spécifique et l'activité est ventilée sous différents codes : 15.1.E pour les plats cuisinés à base de viande, 15.2.Z pour les plats cuisinés à base de poisson, 15.3.E pour les plats cuisinés à base de légume, 15.8.M pour les plats cuisinés à base de pâtes alimentaires.

Les trois principaux segments de marché sont les plats surgelés, les plats appertisés¹⁴, les plats cuisinés frais. S'y ajoute un quatrième la préparation de poisson, dont on ne retiendra que le secteur « saumon » et « truites » plus particulièrement apporteur de sodium mais aussi de graisses de poisson, riches en oméga 3.

Au sein de cet ensemble, les **plats cuisinés proprement dits**¹⁵ représentent un chiffre d'affaires qui peut être estimé d'après des études de panel à 530 M€ pour les plats cuisinés frais, 363 M€ pour les plats cuisinés surgelés, 472 M€ pour les plats appertisés.

¹² Données sur site Internet.

¹³ Étude Xerfi diffusée en décembre 2007.

¹⁴ Du nom de l'inventeur, Nicolas Appert (1804) du procédé consistant à aseptiser les denrées alimentaires en les portant à très haute température avant de les conditionner.

¹⁵ Plats généralement accompagnés d'une sauce, issus de la cuisson d'une partie ou de la totalité de leurs ingrédients, hors salades, quiches, pizzas ou crêpes dont les logiques de consommation et d'offre sont différentes.

a) Les plats cuisinés frais

D'après les informations d'Adepale¹⁶, les ventes de produits frais représentaient en 2006 un chiffre d'affaires de 3,1 Mds€ et **un volume de 679 000 tonnes en forte progression (+ 51% sur les 5 dernières années)**. Ces ventes se répartissaient de la façon suivante en 2006 :

Tableau 12 : Segmentation des ventes de produits traiteurs frais (tous circuits)

Unités : tonnes nettes, millier d'euros, part et croissance en %

	Ventes en volume (tonnes)			Ventes en valeur (KE)		
	2006	Part	Croiss.	2006	Part	Croiss.
Salades	168 695	24,9%	16,0%	519 525	16,9%	8,4%
Préparations cuisinées	145 574	21,5%	5,2%	815 781	26,6%	2,5%
<i>dont plats cuisinés</i>	<i>114 101</i>	<i>16,8%</i>	<i>6,4%</i>	<i>596 038</i>	<i>19,4%</i>	<i>4,6%</i>
Tartes salées	86 558	12,8%	6,2%	425 775	13,9%	13,0%
Pâtes à tarte et fonds de tarte	66 853	9,9%	3,8%	201 899	6,6%	2,0%
Charcuteries pâtisseries	49 924	7,4%	8,7%	253 778	8,3%	2,2%
Panés	44 427	6,5%	-1,8%	264 805	8,6%	1,1%
Pâtes fraîches	42 184	6,2%	0,3%	155 246	5,1%	-2,8%
Sandwiches	42 004	6,2%	11,4%	315 554	10,3%	9,0%
Quenelles	6 179	0,9%	-9,1%	30 303	1,0%	-8,9%
Autres	26 116	3,7%	21,1%	84 919	2,7%	16,6%
Total produits traiteurs	678 514	100,0%	7,9%	3 067 585	100,0%	5,2%

Source : Adepale. Rapport économique 2006.

84% des ventes en volume de produits frais ont été réalisées en grande surface, en grande majorité en libre service, la restauration hors foyer restant encore un débouché minoritaire.

Le marché des plats cuisinés frais proprement dits commercialisés en GMS (530 millions d'euros en 2006) est tiré par les formats individuels, plébiscités par les jeunes consommateurs (étudiants et jeunes actifs) : ceux-ci représentent les trois quarts des ventes en volume. Il a progressé de 12,6% en volume et 11,2% en valeur entre 2005 et 2006.

Deux grandes marques nationales (Fleury Michon ; Marie Weight Watchers) réalisent la moitié des ventes totales de plats cuisinés frais. Les marques de distributeurs (MDD) représentent, quant à elles 40% des quantités vendues en GMS.

b) Les produits surgelés

Les surgelés salés ont représenté un marché de 2,1 M de tonnes en 2006 pour un chiffre d'affaires de 7,5 Mds€¹⁷.

Les GMS représentent le premier circuit de distribution (46,5%), le second circuit, spécialisé, est en pleine expansion¹⁸ en assurant la livraison à domicile (23,3%) ou la vente dans des magasins spécialisés (16,8%) ; le hard discount (13,4%) voit sa part de marché diminuer devant la vigueur de la concurrence.

La répartition des ventes en GMS par catégorie de produits était la suivante en 2006 :

Tableau 13 : Segmentation du marché des surgelés salés en GMS (*)

Unités : part des ventes et croissance en %

	PDM volume	PDM valeur
Légumes	24,4%	14,8%
Frites	17,9%	5,7%
Plats cuisinés	12,1%	15,9%

¹⁶ Rapport d'activité de l'Association des entreprises alimentaires de produits frais.

¹⁷ Selon le syndicat national des fabricants de produits surgelés.

¹⁸ Cf. quatrième partie.

	PDM volume	PDM valeur
Garnitures sachets	9,4%	4,2%
Viandes nature	8,6%	11,3%
Pizzas	6,8%	9,7%
Crustacés et mollusques	4,7%	13,3%
Poissons panés	3,3%	5,0%
Entrées	2,9%	5,1%
Poissons sachets nature	2,7%	4,6%
Poissons boîtes nature	1,7%	4,4%
Garnitures boîtes	1,6%	1,2%
Crêpes	1,4%	1,3%
Snacks	1,4%	2,2%
Viandes panées	1,1%	1,3%
Total	100,0%	100,0%

(*) Hypermarchés et supermarchés, cumul annuel mobile à fin mars 2007

Source : IRI via Points de Vente (3/09/2007.)

Il apparaît qu'au-delà des seuls plats cuisinés, le vecteur des plats surgelés comporte, lui aussi, de nombreux produits dont l'apport en graisses ou en sel « cachés » sont importants (66% des parts de marché en valeur d'après les chiffres ci-dessus, quand on exclue les produits « nature »).

Il apparaît également que les parts de marché en valeur reflètent une répartition assez différente de celle en volume, du fait des effets de prix relatifs entre les produits. Le produit « frites » n'est pas vendu cher relativement aux pizzas, plats cuisinés et crustacés.

Les plats familiaux représentent 66% des ventes, les plats pour 2 personnes 25%, les plats individuels 8% seulement, mais ces derniers ont enregistré une progression de 25% en volume et de 9,5% en valeur en CAM¹⁹ à mars 2007 selon une étude Panel de distributeurs. En GMS les marques de distributeurs (MDD) représentent 53% des ventes, le groupe Nestlé 20% (en CAM mars 2007).

c) Le marché des plats cuisinés appertisés

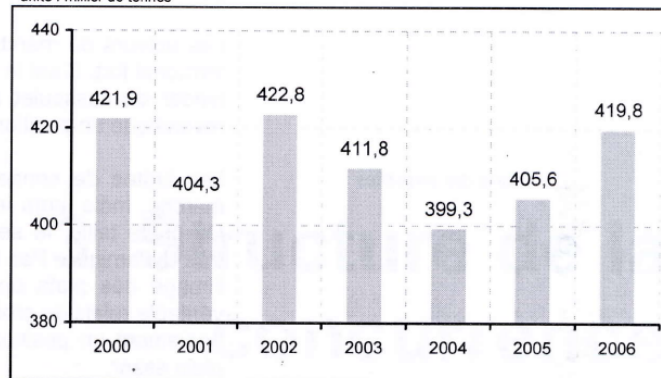
Le marché des plats appertisés est estimé à 472 M€ en GMS par une étude de panel de consommateurs citée par Xerfi.

Au sein du marché des conserves (qui représente un chiffre d'affaires de 4,7 M€ et une consommation de 3,5 Millions de tonnes selon ADEPALE), la production en volume des plats cuisinés appertisés représente 420 000 tonnes en 2006 et a été assez irrégulière depuis 2000.

Graphique1 :

Production de plats cuisinés appertisés

unité : millier de tonnes



Source : Adepale

¹⁹ Cumul annuel mobile.

Le premier segment de ce marché est celui des pâtes cuisinées, le second est le cassoulet ; les segments les plus dynamiques concernent les sauces et les haricots cuisinés. La quasi-totalité des produits ainsi recensés apporte sel et lipides, du fait des techniques de conservation.

Tableau 14 : Répartition de la production de plats cuisinés appertisés
Unités : millier de tonnes net, part et croissance en %

	Production	Part	Crois. 05/06
Pâtes	98,6	23,5%	0,7%
Cassoulet	64,8	15,4%	3,0%
Plats exotiques	43,3	10,3%	-5,3%
Sauces, garnitures	59,0	14,1%	23,2%
Lentilles garnies	26,9	6,4%	-1,8%
Viandes et légumes	21,9	5,2%	1,4%
Haricots cuisinés	17,3	4,1%	13,1%
Lentilles cuisinées	19,7	4,7%	4,8%
Choucroute	13,1	3,1%	-14,9%
Ratatouille, pipérade	11,7	2,8%	-12,0%
Quenelles	12,2	2,9%	-0,8%
Autres (*)	31,3	7,5%	15,5%
Total	419,8	100,0%	3,5%

(*) Légumes, plats variés et salades.

Source : Adepaie.

En GMS, les marques de distributeurs représentent 43% des volumes vendus (28% en valeurs). Deux groupes se partagent le reste du marché : Turenne Lafayette (William Saurin) pour 33% en volume et 38% en valeur d'une part, et d'autre part Raynal et Roquelaure (18% en volume, 20% en valeur).

Synthèse de la dépense fiscale sur ces trois ensembles et les poissons salés et fumés

L'estimation incluse :

* la totalité des plats cuisinés appertisés : en considérant de façon forfaitaire que les GMS réalisent 80% des ventes, le CA du segment peut être estimé à 560 M€ ;

* 66% du chiffre d'affaires des plats surgelés (sur la base des parts de marchés en GSM) soit 4,7 Mds€

* les produits traiteurs y compris les salades (souvent assaisonnées avec de l'huile ou de la mayonnaise) soit 2 912 M€.

* les produits de saumon et truite fumés dont le chiffre d'affaires est, selon le site d'ADEPALE, de 472 M€

La dépense fiscale peut être estimée en conséquence à 1 175 M€ sur cet ensemble.

3. L'industrie des corps gras²⁰

L'industrie des corps gras regroupe des opérateurs diversifiés : le marché grand public des huiles, des margarines et du beurre est fourni par des entreprises classées sous 3 rubriques NAF principales par l'INSEE : le code 15 4 qui retrace la fabrication de corps gras, le code 15 5 B qui retrace celle du beurre et le code 15 5B qui retrace celle de la pâte à tartiner à base de cacao.

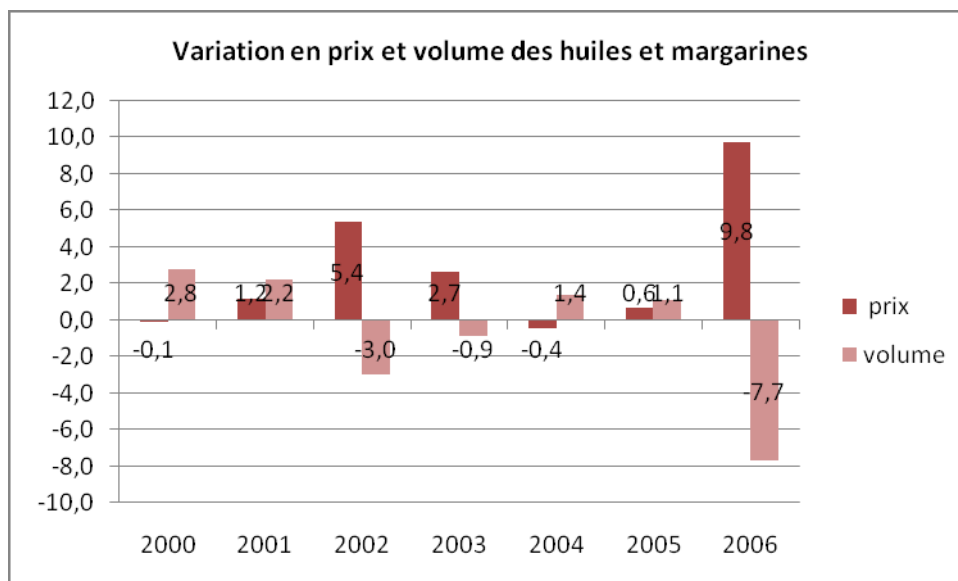
a) Les huiles et margarines

La consommation à domicile des huiles et margarines a représenté en 2006 un volume de 1 729 M€.

La consommation des ménages en huiles et margarine a connu une importante fluctuation en 2006 sous l'effet d'une flambée des prix à la consommation. Il ressort du graphique suivant une corrélation assez nette entre la variation des prix et la variation des volumes consommés (en 2002, 2003 et 2006 notamment).

²⁰ Etude de Xerfi de décembre 2007.

Graphique 2 :



Source : Comptes nationaux Base 2000 INSEE.

A fin septembre 2007 le marché des huiles se répartissait de la façon suivante en volume selon une étude Panel distributeurs²¹ : 21,7% pour l'huile d'olive (51,7% en valeur), 43,7% pour l'huile de tournesol (20,6% en valeur), 4,5% pour l'huile d'arachide, 6,5% pour l'huile de colza, 13,9% pour les autres.

Selon la même enquête, les produits entiers de margarine représentaient 53% de la production, les produits « santé » 23%, les allégés seulement 13%, les autres 11%.

L'industrie des corps gras regroupe 30 entreprises employant un peu moins de 2 000 salariés selon Agreste. Ces effectifs ont diminué de moitié entre 1998 et 2006²².

Lesieur est le leader du marché avec près de 37% des parts de marché en volume (26% de celle des huiles d'olive avec sa marque Puget), les MDD générant plus de la moitié des quantités commercialisées en 2007 (53%).

La mission n'a pu avoir accès dans les délais impartis à des informations détaillées sur la répartition en valeur des consommations alimentaires entre les huiles légères (taxées au taux réduit) et les margarines taxées au taux normal. Elle a considéré, sur la base d'études sectorielles déjà anciennes²³ que le chiffre d'affaires des huiles légères destinées à la consommation alimentaire devait être de l'ordre des deux tiers des consommations recensées, ce qui l'a conduite à **estimer la dépense fiscale liée au taux réduit sur les huiles de tables à 145 M€ environ.**

b) Le beurre

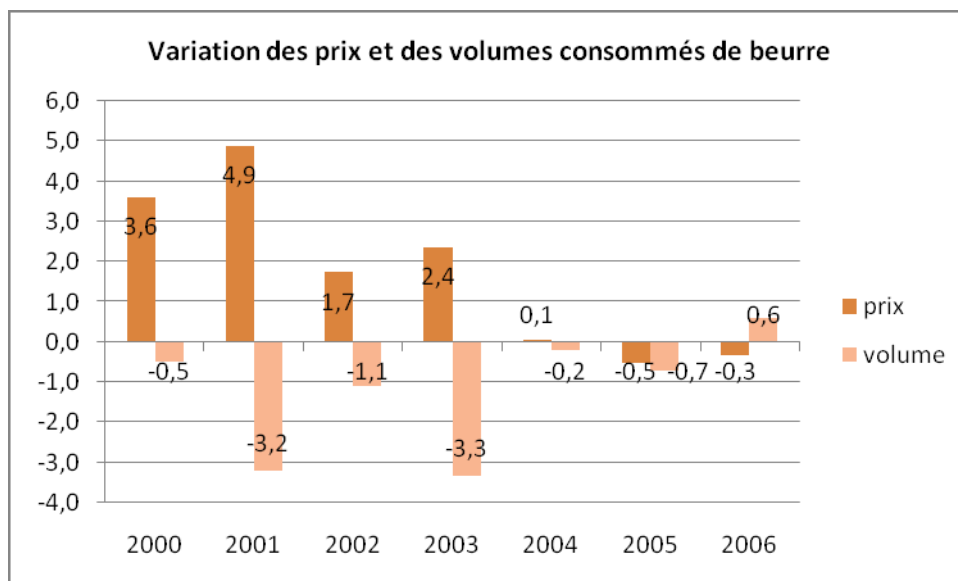
La consommation de beurre (1 534 M€ en 2006) a été constamment en baisse sur la période 2000-2006, les prix ayant augmenté significativement, ce qui manifeste, comme pour les huiles et margarines une certaine élasticité de la demande par rapport aux prix.

²¹ Revue Linéaires n°230.

²² Sous réserve des nombreux reclassements d'entreprises par secteur opérés par Agreste.

²³ Utilisées dans des missions précédentes.

Graphique 3 :



Source : Comptes nationaux Base 2000 INSEE.

Selon la même étude panel que celle citée pour les huiles, les produits de beurres entiers (82 à 60% de matière grasse) représentent 91,4% du marché en volume, les ultra-légers (25% de matière grasse) 6,3% du marché seulement, les allégés (41% de MG) 1,9% du marché.

Le nombre de fabricants de beurre est selon l'enquête Agreste restreint : 13 entreprises employant 2 500 personnes.

Avec près d'un tiers des ventes, les MDD arrivent en tête sur le marché, leurs concurrents immédiats, Président, Elle et vire et Paysan Breton représentant respectivement 13%, 9,8% et 9,2% de parts de marché²⁴.

Sur ces bases la dépense fiscale 2006 sur le beurre peut être estimée à 204 M€.

c) Autres données sur les produits gras et salés

Sur la base des informations INSEE, la valeur de la consommation des ménages s'établissait à :

- 762 M€ pour la crème fraîche (soit une dépense fiscale de 101 M€) ;
- 9 820 M€ pour les fromages (soit une dépense fiscale de 1 308 M€) ;
- 128 M€ pour le sel alimentaire, soit une dépense fiscale de 17 M€.

L'estimation du chiffre d'affaires des condiments gras et salés est plus incertaine. Si l'on se réfère aux chiffres d'Agreste sur la production du secteur, en considérant que les importations sont équivalentes aux exportations, la consommation totale des condiments peut être évaluée à 900 M€. En faisant l'hypothèse purement forfaitaire (la mission n'ayant pas trouvé d'indication à ce sujet) que les condiments ni gras, ni salés, ni sucrés représentent 20% du chiffre d'affaires, la dépense fiscale peut être estimée à 95 M€.

²⁴ Faire Savoir faire n° 540.

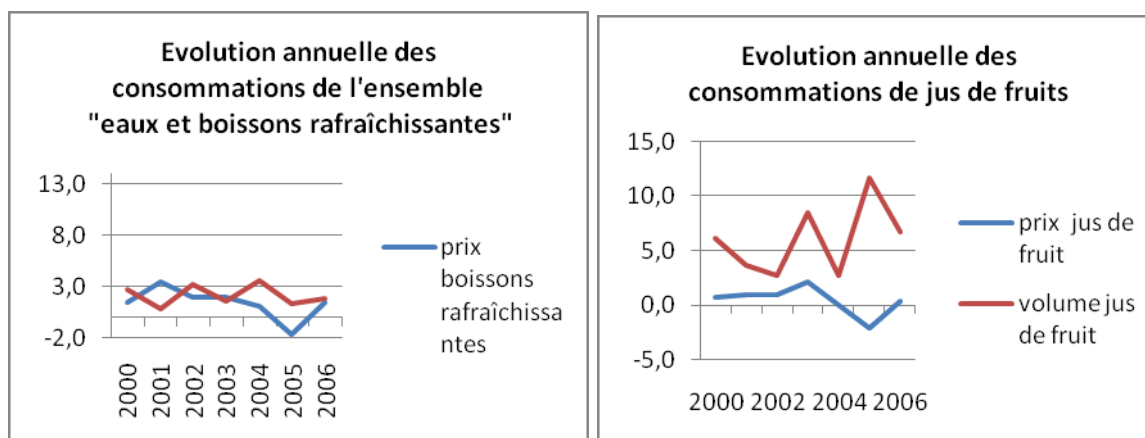
B. Données relatives à quelques produits sucrés

1. Les boissons sucrées²⁵

La consommation des ménages en jus de fruits et légumes s'est élevée globalement selon les comptes nationaux à 1 885 M€ en 2006, tandis que celle des boissons rafraichissantes sans alcool (BRSA) y compris l'eau, s'est élevée à 5 823 M€, l'INSEE ayant précisé à la mission que les boissons autres que les eaux minérales représentaient dans ce total 2 402 M€, statistique non publiée.

L'évolution en prix et en volume de ces différents types de boissons a été assez nettement différenciée sur la période 2000 à 2006 d'après les chiffres INSEE, comme le montrent les trois graphiques ci-après. Les statistiques publiques laissent apparaître une progression des BRSA moindre que celle des jus de fruits et légumes.

Graphique 4 :



Source : Comptes nationaux Base 2000 INSEE.

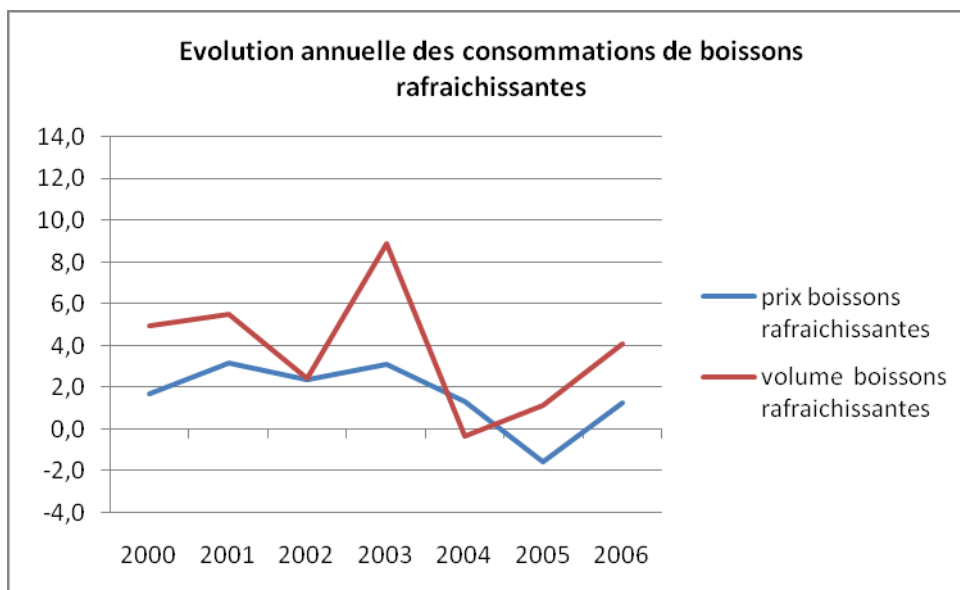
Source : Comptes nationaux Base 2000 INSEE.

En réalité, les boissons rafraichissantes (hors eaux minérales) ont connu une évolution assez proche de celle des jus de fruits jusqu'en 2004 et notamment un fort pic de consommation avec la canicule de 2003. Il apparaît qu'en 2005 et en 2006, leur évolution en volume a été plus faible que celle des jus de fruits qui a connue une croissance à deux chiffres²⁶. Sur les deux segments les prix sont repartis à la hausse en 2006.

²⁵ Etude Xerfi diffusée en décembre 2007 et données INSEE complémentaires.

²⁶ Impact probable de la campagne de communication du gouvernement sur le consommateur de fruits et légumes et succès du produit « Knorr vie » lancé en 2006 aidant.

Graphique 5 :



Source : INSEE comptes nationaux Base 2000 Chiffres fournis à la mission non publiés.

Le rythme de consommation annuel traduit sur les deux segments les aléas climatiques, qui rendent assez aléatoire la détermination de l'élasticité prix des consommations.

Selon les résultats de l'enquête 2006 « budget de famille » de l'INSEE, les achats de boissons rafraichissantes non alcoolisées se font à hauteur de 44% dans les hypermarchés, 36% dans les supermarchés, 11,8% dans les maxi discount, et 3,7% seulement dans les petites surfaces.

Selon une enquête Nielsen²⁷ le marché des GSM en 2006 aurait écoulé 2 969 Millions de litres de boissons rafraichissantes, pour une valeur de 3,16 Mds€. En volume et en valeur ce marché se répartissait de la façon suivante :

Tableau 15 : Segmentation du marché des boissons sucrées en GMS en 2006

Produits	Volume en millions de litres	Part de marché en volume	Valeur	Part de marché en valeur
Soft drinks	1853	62,4%	1632	51,5%
Jus ambiants	870	29,3%	960	30,3%
Boissons réfrigérées	130	4,4%	288	9,1%
Sirops	101	3,4%	234	7,4%
Concentrés	15	0,5%	54	1,7%
Total	2969	100	3169	100

Source : Rayon boissons juin 2007.

Coca cola réaliserait 53% du marché des soft drinks, suivi par Oasis (6%), Orangina (5,3%), Schweppes (5,3%) et Lipton (4,5%).

Joker (10,2% du CA), Tropicana (6,5%), Réa (3,6%) et Pampryl (3,4%) sont les premières marques du marché des jus de fruits ambiants qui est dominé par les marques de distributeurs (66% du CA). Seul Teisseire (21,6%) s'impose sur le marché des sirops face là encore aux MDD (57%)²⁸.

D'après les statistiques douanières, les importations du secteur se sont élevées en 2006 à 1405 M€ (dont 88% en provenance d'Europe occidentale et seulement 2,2% des États-Unis), les exportations à 1 309 M€. Ces dernières se font à hauteur de 75% vers l'Europe occidentale.

²⁷ Publiée dans Rayons Boissons juin 2006.

²⁸ Source Faire Savoir faire juin 2007.

Selon les données d'Agreste, les fabricants de boissons rafraichissantes (y compris l'eau) regroupent 18 entreprises de plus de 20 salariés seulement, réalisent un chiffre d'affaires de 3,2 Mds€ (dont 7 concentrent 90% de la production). Elles emploient 4 900 personnes environ (chiffre en baisse de 900 personnes par rapport à 2003). L'industrie est sous le contrôle d'opérateurs étrangers (Coca cola²⁹, Pepsi co France, Orangina Schweppes, Eckes Granini) et quelques groupes français dont Danone.

Sur la base des données INSEE 2006, la dépense fiscale peut être estimée à 251 M€ pour les jus de fruits et 320 M€ pour les boissons rafraichissantes.

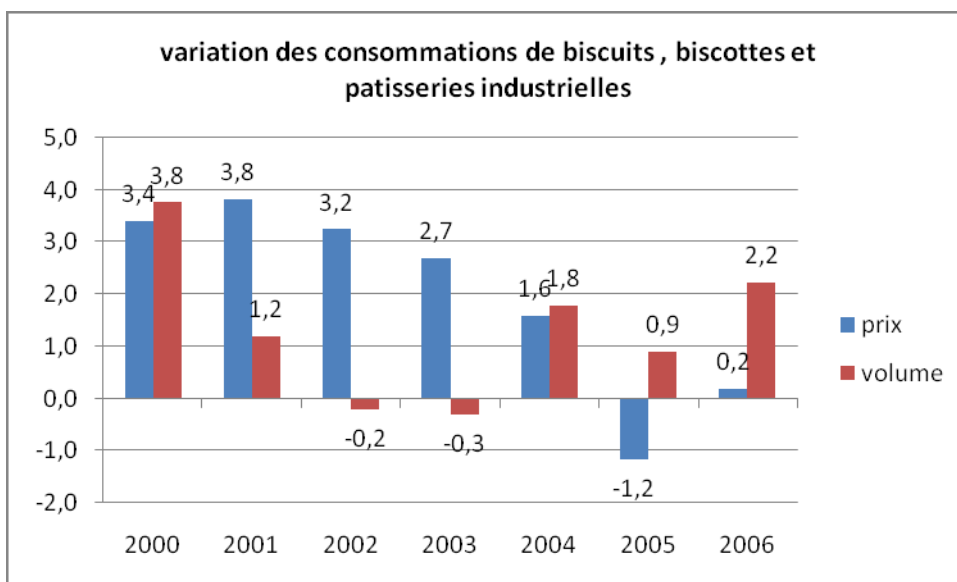
2. Les biscottes, biscuits et pâtisseries de conservation³⁰

Les consommations recensées sous cette rubrique par l'INSEE en 2006 se sont élevées à 4 406 M€.

Selon des sources professionnelles, le marché de la panification sèche (biscottes, pains suédois ou pains grillés) représente 310 M€, celui de la pâtisserie industrielle 750 M€ et le reste les biscuits.³¹.

L'évolution annuelle des prix et des volumes de 2000 à 2006 fait apparaître le dynamisme de la consommation et la sensibilité de son évolution en volume aux prix :

Graphique 6 :



Source : Comptes nationaux Base 2000 INSEE.

La hausse des ventes est essentiellement alimentée par le secteur des biscuits sucrés et s'est poursuivie sur ce segment en 2007 avec une progression supérieure à 2 chiffres en valeur.

Les enfants constituent la première cible du marché des biscuits (36% des volumes leur sont destinés), les autres segments étant les « familles » (32%) et les « adultes » (29%) selon un panel distributeurs³². Les produits santé forme ne représenteraient que 3,2% des parts de marché. Ce marché est dominé par Lu (40% des parts de marché en GMS), les marques de distributeurs (22%), la troisième entreprise étant United Biscuits (10,5%).

²⁹ Le chiffre d'affaires consolidé de Coca cola company est de 19,2 Mds€ en 2006. Le chiffre d'affaires des deux filiales implantées en France était la même année de 1,6 Md€ pour Coca cola Entreprise et 409 M€ pour Coca cola production. Pepsi France et Orangina Schweppes réalisent quant à eux un CA 500 M€ chacun.

³⁰ Etude Xerfi de février 2008.

³¹ Source panel distributeurs cité par Xerfi via Linéaires.

³² Via Linéaires.

Le marché de la pâtisserie industrielle représente un volume de 136 000 tonnes et se décompose en deux segments : la pâtisserie traditionnelle (madeleines, quatre quarts, crêpes, gaufres) qui représente 54% du tonnage et celui de la pâtisserie élaborée (gâteaux fourrés, cakes et pains d'épice) pour le reste. Ce marché est relativement plus atomisé que celui des biscuits, et dominé par les MDD qui représentent un gros quart du marché devant Lu (12%).

La concurrence étrangère commence à faire sentir ses effets sur l'ensemble du secteur : les importations ont été en forte progression en 2007 et représentent près d'1 Md€, alors que les exportations ne représentent qu'un volume de 700 M€ et ont diminué.

La production est assurée par 109 entreprises de plus de 20 salariés employant en 2006 13 200 personnes et réalisant un chiffre d'affaires de 3,4 Mds€ en 2006 d'après Agreste. Ces effectifs ont diminué de 11% entre 2000 et 2006. Cette production est fortement concentrée : les 9 premières entreprises du secteur ont réalisé 52% du chiffre d'affaires en 2006. D'après Agreste, le résultat courant représentait en 2006 6% du chiffre d'affaires.

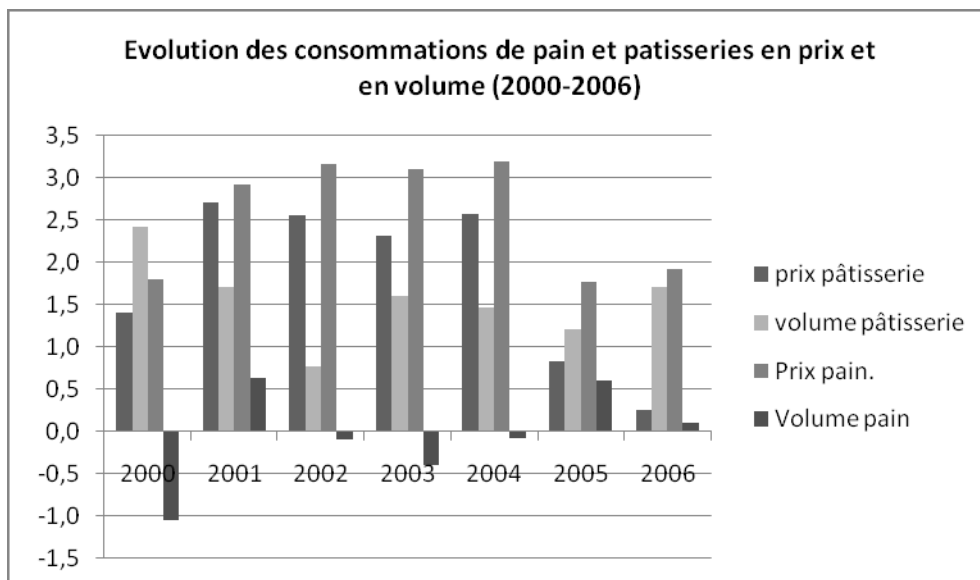
La dépense fiscale a été évaluée sur la base des données INSEE de consommation, hors 400 millions de panification sèche, à 532 M€.

3. La pâtisserie fraîche et les viennoiseries³³

Selon l'INSEE, les consommations de pâtisserie et viennoiseries représentent 4 778 M€ en 2006 et ont connu une progression en volume de 15,3% entre 1998 et 2006. Elles représentent 41% des consommations du secteur boulangerie pâtisserie (11 708 M€ en 2006).

Les consommations en volume de la pâtisserie ont connu une hausse sensible tandis que celles du pain stagnait ; en revanche la progression des prix des pâtisseries a été nettement plus limitée que celle du pain sur la période 2000-2006. Au total la consommation de pâtisserie s'est accrue de 11,8% en volume sur la période, alors que celle du pain ne s'accroissait que d'1,7%.

Graphique 7 :



Source : INSEE comptes nationaux.

Selon la Fédération des entreprises de boulangerie et pâtisserie française (FEBPF) la production de pain et pâtisserie se répartissait en 2004 à hauteur de 67% sur la boulangerie proprement dite, 17% sur la viennoiserie et 16% sur la pâtisserie (ce qui ne correspond pas rigoureusement aux statistiques INSEE qui pourraient laisser penser que ces deux derniers secteurs représentent 40%).

³³ Source Xerfi Boulangeries et pâtisseries septembre 2007.

En 2005 la distribution de pain et de pâtisserie se répartissait à hauteur de 67% chez des artisans, 18% dans les hypermarchés, 5% dans les supermarchés, et 10% dans des terminaux de cuisson selon la FEBPF. On peut observer que :

- le nombre de terminaux de cuisson a plus que doublé entre 1996 et 2006 ;
- selon les statistiques UNEDIC, le nombre d'établissements artisanaux a sensiblement baissé entre 1996 et 2006 : le nombre de boulangeries a diminué d'un millier (de 28 022 à 27 046), le nombre de pâtisseries a diminué d'un tiers (de 4 513 à 2 991), tandis que celui des commerces de pain, pâtisserie et confiserie s'accroissait de 300 unités (de 2 009 à 2 349 établissements) ;
- les grandes surfaces disposent quant à elles de près de 7 000 points de vente.

Boulangers artisanaux, GSM et terminaux de cuisson sont confrontés à la hausse du prix des matières premières (chocolat, poudre de lait, sucre industriel, œufs etc.) et de leurs charges salariales et à la nécessité d'élargir leur gamme de pâtisserie à un rayon traiteur ouvert à d'autres catégories de produits (sandwiches, salades, pizzas, etc.). Mais les premiers sont moins bien armés que les deuxièmes pour se lancer sur le créneau de la restauration rapide.

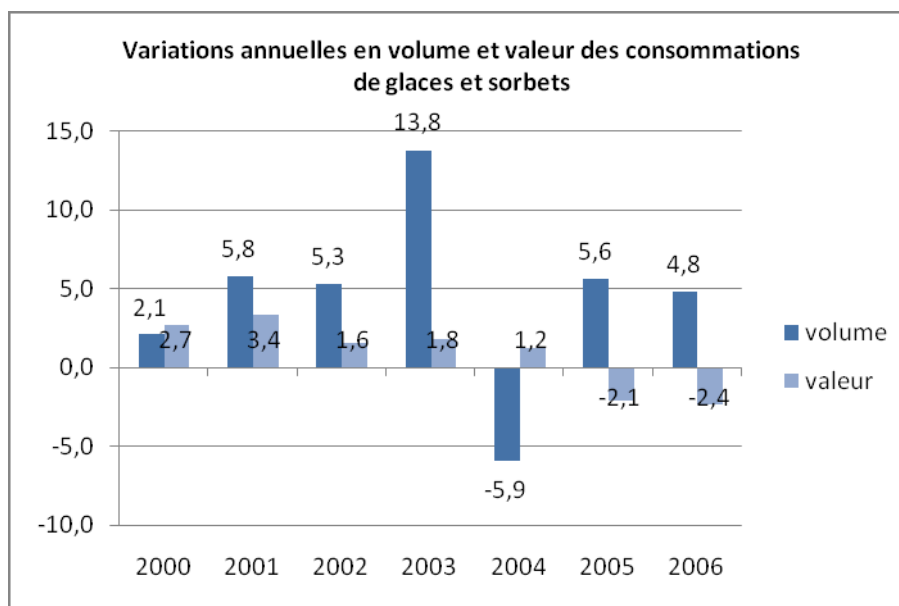
Quelques groupes familiaux (Le Duff, Holder, ou Vilgrain par exemple) ont développé néanmoins des enseignes dont les implantations et parts de marché s'accroissent (La Brioche Dorée, le Fournil de Pierre, Paul, ou encore l'Epi gaulois).

La dépense fiscale a été évaluée à partir des chiffres INSEE à 637 M€.

4. Les glaces et sorbets

La consommation de glaces et de sorbets est particulièrement dépendante des conditions climatiques et sa consommation en volume a évolué en dents de scie sur la période récente d'après les statistiques de consommation de l'INSEE.

Graphique 8 :



Source : INSEE.

En 2006, la consommation des ménages s'est élevée à 1 496 M€ et à 395M de litres d'après l'INSEE. Les Français consomment en moyenne 6 litres par an, soit moins que les Britanniques (8 litres), les Italiens (10 litres) et les Nordiques (12 litres).

70% des ventes totales du secteur concernent la consommation à domicile, les bars, cafés, restaurants, etc. en représentant 30%. Les grandes et moyennes surfaces vendent moins des deux tiers de ces consommations à domicile, la distribution spécialisée 24,4% et le hard discount 9%.

Selon les données d'un panel distributeurs³⁴ le marché des glaces et sorbets était constitué notamment pour 21,8% de cônes, 11,3% de bâtonnets, 11,2% de glaces enfants, 3,7% de barres et snacking. Selon ce même panel, la croissance en valeur de ces diverses catégories a été la suivante en 2006 : + 18,3% pour les bâtonnets, + 21,9% pour les barres et snackings, + 8,3% pour les cônes, les « glaces pour enfants » (généralement sous des marques de distributeurs) ne progressant quant à elles que de 3,4%.

252 entreprises de plus de 20 salariés, employant un peu moins de 6 000 personnes, produisent ces glaces. Les effectifs employés ont baissé de 1 400 personnes environ sur la période 1998-2006. Les trois quarts de la production sont concentrés par sept sociétés dont trois filiales de groupes mondiaux (Mars, Unilever, Nestlé). Nestlé réalise la moitié des ventes de cônes et de spécialités individuelles. Unilever domine quant à lui le marché des bâtonnets (58% des ventes).

Le solde commercial du secteur est positif. En 2006, d'après les statistiques des douanes les importations s'élevaient à 150 M€ et les exportations à 331 M€. Le secteur subit actuellement le poids de l'augmentation du coût des matières premières agricoles et des emballages.

La dépense fiscale a été estimée sur la base des chiffres INSEE à 199 M€.

5. Les autres produits sucrés

Les autres produits sucrés ont fait l'objet de moindres investigations :

- la dépense fiscale relative au sucre brut a été estimée d'après la rubrique spécifique INSEE (595 M€ de consommations, 79 M€ de dépenses fiscales) ;
- la dépense relative aux desserts lactés a été estimée d'après la rubrique « yaourts et desserts lactés » (3 977 M€) et les indications du CNIEL sur la part des desserts lactés dans les produits ultra frais (22%). Elle s'élèverait à 79 M€ ;
- la dépense relative aux chocolateries a été établie en considérant que, d'après l'enquête budget de familles de l'INSEE la dépense des ménages en produits chocolatisés représentait les deux tiers de celle des confiseries et chocolats. Dès lors les deux tiers des 6 575 M€ de sommes consacrées par les ménages aux confiseries et chocolats d'après les comptes nationaux ont été pris en compte pour déterminer le chiffre d'affaires TTC de la chocolaterie. Dans l'ignorance où elle était de la part des produits taxés au taux normal et au taux réduit dans cette « assiette chocolat », la mission a appliqué un coefficient forfaitaire de 70% pour évaluer la dépense fiscale à 404 M€ ;
- la mission n'a pu dans les délais impartis identifier les dépenses de consommation des ménages relatives aux céréales du petit déjeuner ni aux pâtes à tartiner au chocolat.

³⁴ Cité dans Linéaires avril 2007.

C. Synthèse

Le tableau suivant récapitule les informations ainsi collectées :

Tableau synthétique d'évaluation de la dépense fiscale relative aux produits gras, salés et sucrés dont la consommation devrait être modérée

en M€	Assiette	Dépense fiscale	Source
Charcuterie	5 600	746	Forfait Mission
Produits cuisinés	8 820	1 175	Forfait Mission
Beurre	1 534	204	Comptes nationaux
Huile	1 100	146	Forfait Mission
Crème	762	102	Comptes nationaux
Fromage	9 820	1 309	Comptes nationaux
Condiments	715	95	Forfait mission
Sel	128	17	Comptes nationaux
Jus de fruits	1 885	251	Comptes nationaux
BRSA (hors eau)	2 402	320	INSEE
Biscuits et pâtisseries industrielles	4 000	533	Forfait Mission
Pâtisserie fraîche et viennoiserie	4 778	637	Comptes nationaux
Glaces	1 496	199	Comptes nationaux
Desserts lactés	875	117	Forfait Mission
Sucre	595	79	Comptes nationaux
Produits chocolatés	3 037	405	Forfait Mission
Total	66 296	8 833	

Source : Calculs mission.

III. LES ÉLASTICITES PRIX DES CONSOMMATIONS RELATIVES À CES PRODUITS ALIMENTAIRES

Les principaux enseignements des études de l'INRA sur l'élasticité prix des consommations, présentées en détail dans l'annexe IX, susceptibles d'éclairer l'analyse de l'élasticité prix de la consommation des ménages seront repris ici, en ce qu'elles peuvent éclairer les décisions opérationnelles.

1. *Considérations préalables*

Il ne ressort pas de l'analyse effectuée dans l'annexe IX par l'IGAS des diverses études sur les élasticités prix une très grande clarté des enseignements pour l'action opérationnelle.

Aux yeux de l'auteur de la présente annexe, il est loin d'être certain que l'on puisse prendre comme base de décision l'analyse ainsi faite :

- on ne saurait parler d'une revue de littérature exhaustive : les documents analysés ont tous été fournis sauf une (l'étude Dubois) par le même laboratoire de recherche de l'INRA et ne s'élèvent qu'à une dizaine ;
- on ne saurait transposer à la situation française les résultats des études étrangères, portant sur des données souvent anciennes et des comportements alimentaires marqués par des habitudes culturelles très différentes ; on ne connaît pas au demeurant le contexte d'élaboration et de financement de ces études dont les enseignements sont contradictoires ;
- pour de qui est des trois études françaises analysées, on constatera qu'elles ne sont pas encore publiées et présentent le caractère de recherches largement exploratoires, les hypothèses qui les sous-tendent n'ayant pas fait l'objet de discussions scientifiques publiées non plus.

Sur ces trois études françaises, de fait, seules deux études font clairement apparaître l'analyse des élasticités prix des consommations des **ménages** :

- l'étude d'Oliver Allais, Patrice Bertail, Véronique Nichèle (INRA, Université Paris X, CREST) : *"The effects of a « fat tax » on the nutrient intake of French households »* (« Document de travail » transmis par l'auteur), Avril 2008. : travail établi à partir des données françaises TNS SECODIP portant sur **la période 1996-2001** et 5000 foyers ;
- l'étude de Pierre Dubois, Cécile Bonnet, Valérie Orozco : *« Food consumption and obesity in France »* INRA, GREMACQ, décembre 2007 (« Document de travail » transmis par l'auteur) : travail établi à partir des données TNS-SECODIP portant sur **la période 2001-2002** et 4 200 foyers ;

L'étude de Fabrice Etilé ("Food price policies and the distribution of body mass index : theory and empirical evidence from France". INRA-ALISS Avril 2008 « Document de travail » transmis par l'auteur, est établi à partir des mêmes sources de données SECODIP, portant sur la période **2001-2005** et sur 8 000 foyers) mais ne fournit pas d'indication précise sur les hypothèses qu'il a prises en compte sur l'évolution des consommations par rapport aux prix des ménages.

Cette étude s'intéresse à l'établissement d'une élasticité dont l'objet n'est pas l'évolution des consommations des ménages par rapport aux prix mais celle du poids des individus en fonction de la variation des prix ; la détermination de cette élasticité obéit à des enchaînements infiniment plus complexes et théoriques, qui font intervenir des hypothèses sur l'activité physique.

Les résultats auxquels ce travail aboutit sont très intéressants mais difficiles à interpréter et ne sauraient, comme tels, être exploités à des fins décisionnelles : ils constituent une piste de recherche et nécessitent probablement encore des contre-expertises scientifiques sur un terrain encore largement inexploré par la recherche. Ils sont présentés dans l'annexe IX mais non repris ici.

Avant de présenter la synthèse des résultats des deux premières études, en ce qu'elle peut être utile pour la détermination de l'assiette de la taxation, il convient de préciser que le panel TNS SECODIP ne porte que sur les consommations alimentaires à domicile et ne permet donc pas de tenir compte des consommations hors domicile (restaurant, consommation à emporter) ; ce panel enregistre par ailleurs de façon moins fiable les achats chez les petits commerçants et artisans que dans les super-hyper marchés avec caisses reliées à un système d'information et code-barre.

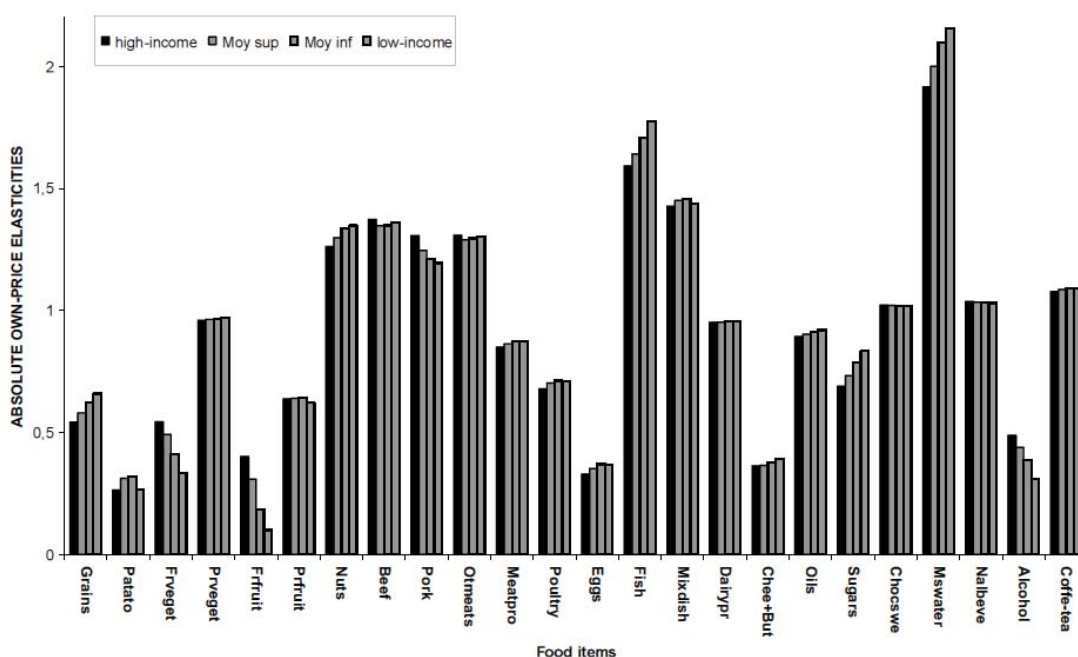
2. Synthèse des résultats

Il est rappelé pour mémoire qu'une élasticité négative, égale à 1, signifie qu'une variation à la hausse d'1% des prix entraîne une baisse d'1% des consommations ; si cette élasticité atteint -2, cela signifie qu'une variation de 1% des prix entraîne une diminution de 2% des consommations. Plus les élasticités sont proches de 0, plus la consommation devient inélastique aux prix : dans cette hypothèse, les comportements des consommateurs ne se modifient pas, la taxe rapporte davantage en revanche.

a) Le graphique ci-après retrace en premier lieu l'analyse des élasticités en fonction des revenus qui ressort de l'étude Allais.

Le graphique ayant été établi en anglais, n'a pu être reproduit sous une autre forme mais est très éclairant :

Graphique sur les élasticités prix en fonction des revenus (élasticité toutes négatives)



Source : Etude Allais.

Les rubriques successives sont : céréales, pommes de terre, légumes frais, légumes transformés, fruits frais, fruits transformés, fruits à coques, viande de bœuf, viande de porc, autres viandes, viandes préparées, volaille, œufs, poisson, plats préparés mixtes, produits laitiers, fromages et beurre, huiles, sucreries, chocolats, eau, boissons rafraichissantes non alcoolisées, alcool, café et thé.

Il en ressort de façon visuelle :

- les très faibles écarts d'élasticité des consommations par rapport aux prix selon les revenus au regard de l'élasticité moyenne par produit ;
- l'élasticité particulièrement élevée des consommations de boissons rafraichissantes, de poissons, de plats préparés et de fruits à coque (nettement supérieures à 1) ;

- l'élasticité voisine de 1, toutes catégories de revenu confondues, des consommations de conserves de légumes, viandes transformées, produits laitiers, huiles et produits chocolatisés.
- l'élasticité particulièrement faible de la consommation d'œufs, d'alcool et de pommes de terre : les facteurs à l'origine de cette inélasticité sont certainement très spécifiques pour l'alcool ; pour les œufs et les pommes de terre, on peut faire l'hypothèse que leur très faible prix unitaire rend le consommateur particulièrement insensible à leur variation de prix, d'autant que ces produits apportent un rassasiement complet au plus bas prix qui soit, ce qui en fait des biens « Giffen ».³⁵

b) Le tableau suivant présente l'analyse des élasticités telle qu'elle a été établie par l'étude Dubois

Cette étude est la seule à présenter en détail les résultats de ses calculs d'élasticités croisées entre les produits, l'étude Allais étant très peu précise à ce sujet, malgré les enseignements formels qu'elle paraît tirer de ses travaux sur les élasticités croisées entre les produits gras et les produits à sucres lents ou rapides (présentés dans l'annexe IX).

L'étude ayant été rédigée en anglais, la mission reproduit le tableau tel quel :

FE-IV	Meat	Fish	Fruits and Vegetables	Dairy Products	Starchy Food	Junk Food	Fat (Oil, butter, .)	Others
$\ln p_{it}^{Meat}$	-1.69 (0.66)	-0.23 (0.79)	-0.43 (0.51)	-0.44 (0.30)	-0.34 (0.39)	-0.22 (0.33)	-0.43 (0.42)	0.24 (0.2)
$\ln p_{it}^{Fish}$	-0.01 (0.49)	-1.44 (0.87)	0.26 (0.45)	0.02 (0.37)	0.19 (0.39)	-0.32 (0.33)	0.26 (0.26)	0.14 (0.3)
$\ln p_{it}^{FruitsVeg.}$	-0.60 (1.07)	0.94 (1.10)	-1.30 (0.80)	0.07 (0.44)	0.14 (0.40)	0.21 (0.55)	1.03 (0.68)	0.44 (0.3)
$\ln p_{it}^{Dairy}$	-1.74 (1.89)	1.09 (2.00)	1.89 (1.29)	-2.25 (1.03)	0.23 (1.27)	0.14 (0.81)	-0.71 (1.72)	-0.82(0.7)
$\ln p_{it}^{Starchyfood}$	1.08 (1.04)	0.91 (1.42)	0.11 (0.63)	0.30(0.39)	-0.95 (0.40)	-0.14 (0.38)	0.83 (0.75)	0.21 (0.3)
$\ln p_{it}^{Junkfood}$	-0.57 (1.47)	-2.22 (1.92)	-0.71 (1.26)	0.19 (0.76)	-0.45 (0.53)	-2.10 (0.86)	-1.32 (1.26)	0.52 (0.4)
$\ln p_{it}^{Fat}$	-0.69 (0.99)	-0.63(1.29)	-0.90 (1.09)	0.66 (0.57)	-0.27 (0.63)	0.04 (0.51)	-1.45 (0.67)	0.35 (0.2)
$\ln p_{it}^{Others}$	1.53 (1.22)	0.97 (0.95)	0.09 (0.70)	0.59 (.62)	0.43 (0.53)	0.44 (0.58)	-0.22 (0.59)	-1.30 (0.6)
F Test ($\alpha_i = 0, \forall i$)	1.96 (0.00)	1.90 (0.00)	2.29 (0.00)	4.61 (0.00)	5.50 (0.00)	4.58 (0.00)	3.17 (0.00)	8.40 (0.0)
Obs.	8332	8332	8332	8328	8332	8332	8332	8332
Sargan stat. (df)	7.75 (8)	11.59 (9)	10.47 (8)	19.51 (14)	21.71 (17)	8.3 (8)	15.44 (10)	6.87 (9)

Table 11: Fixed Effects - Instrumental Variables Estimation of Household Price Elasticities

On constate à travers ce tableau la très forte élasticité prix qui s'attache selon l'auteur aux consommations de « junk foods » (2,1) de produits laitiers (2,25) et de matières grasses brutes (1,45).

Il a été précisé à l'auteur de la présente annexe par M. Dubois que sous le terme de « junk food » avaient été classés les produits suivants : **sucreries, bonbons, chocolats, crèmes glacées, confitures, sodas, chips, frites, crackers, biscuits apéritifs, biscuits sucres, barres chocolatées, tartes, barres céréales, pizzas, croissants, brioches.**

Ne sont vraiment significatives en valeur absolue que les élasticités figurant en gras sur le tableau qui représentent la variation de consommation induite par une variation de prix de chaque produit hors élasticités de substitution.

Il ressort l'existence de substitutions significatives (supérieures à 1) sur un nombre très limité de catégories de produits : sur la junk food, on ne constate pas de phénomène de substitution significatif.

³⁵ Giffen est un économiste du XIXème siècle qui a mis en lumière une loi économique sur l'inélasticité qui a reçu son nom pour désigner les produits dont l'élasticité des consommations est positive en cas de variation des prix à la hausse. Il avait en effet constaté qu'au moment des grandes famines en Irlande, bien que le prix de la pomme de terre ait augmenté fortement, la consommation de pommes de terre augmentait quand même : de fait dans un contexte de hausse généralisée des prix alimentaires, la pomme de terre restait le produit rassasiant le moins cher et les consommateurs continuaient par nécessité vitale d'en consommer, voire d'en consommer davantage, ne pouvant plus acquérir les autres produits.

Il serait en effet erroné, compte tenu des écarts types observés et de la signification mathématique des résultats, de chercher à tirer des enseignements très précis et très fins des élasticités de substitution qui ressortent de ce tableau. En effet, plus la valeur des écarts types (figurant entre parenthèses) est proche du coefficient moyen indiqué, moins le coefficient moyen a de signification mathématique. En outre, en matière d'interprétation statistique des résultats d'élasticités, on ne peut attacher une grande signification à des variations de quelques dixièmes de points.

L'étude Dubois fournit deux informations complémentaires intéressantes pour la décision :

- Elle établit en premier lieu la répartition de la consommation calorique des ménages entre les différentes catégories d'aliments selon leur revenu :

	N	Meat	Fish	Fruits and Vegetables	Dairy Products	Starchy Food	Junk Food	Fat	Others
well off	2116	10.40 (1.29)	2.01 (0.64)	7.73 (2.48)	13.91 (1.54)	10.15 (1.09)	25.86 (5.70)	16.73 (3.17)	13.21 (1.69)
average upper	5589	10.12 (1.49)	1.83 (0.69)	7.21 (2.59)	14.15 (2.14)	10.29 (1.16)	26.99 (5.30)	16.30 (3.23)	13.11 (1.87)
average lower	10844	9.53 (1.76)	1.55 (0.71)	6.29 (2.55)	14.67 (2.88)	10.58 (1.38)	28.84 (5.97)	15.45 (3.28)	13.09 (2.21)
modest	3924	9.23 (1.81)	1.39 (0.68)	5.79 (2.41)	14.85 (3.09)	10.82 (1.51)	29.97 (6.05)	14.97 (3.11)	12.98 (2.37)

Table 3: Average share of each group on calories consumption by class of income (%)

Il en ressort que **la part des calories consommées en junk food des catégories modestes est plus élevée de 4 points que celle des ménages plus aisés**, ce qui ne se constate pas de façon aussi nette sur les produits laitiers (1 point de plus) et l'inverse se constatant sur les produits gras et la viande qui contribuent davantage aux consommations caloriques des catégories plus aisées que des catégories plus modestes.

- Il établit en second lieu la répartition moyenne des calories journalières consommées selon les différentes catégories d'aliments en fonction du poids des personnes dans le tableau ci après (toujours en anglais malheureusement) :

	N	Meat	Fish	Fruits and Vegetables	Dairy Products	Starchy Food	Junk Food	Fat	Others
Normal-underweight	14453	155.65 (56.02)	26.44 (16.27)	109.36 (63.65)	233.12 (38.77)	174.88 (31.97)	479.84 (116.72)	244.93 (79.92)	213.49 (65.08)
Overweight	5705	205.99 (42.68)	37.54 (13.26)	139.88 (52.40)	265.08 (33.33)	188.61 (26.08)	488.59 (87.18)	339.21 (71.71)	258.69 (53.59)
Obese	2315	219.96 (67.34)	36.18 (15.83)	138.81 (61.62)	281.45 (38.86)	192.92 (37.50)	515.24 (113.28)	351.59 (108.00)	265.45 (69.82)

Table 5: Average individual consumption of calories per day by food group and class of BMI

Il ressort de ce tableau que la consommation calorique journalière de junk food et de matières grasses est nettement plus importante chez les personnes en surpoids ou obèses et que ces personnes consomment davantage de matières grasses et de viande.

c) Le tableau ci après reprend la comparaison des résultats principaux qui ressortent de ces deux études, établie par ménage, catégorie de produit par catégorie de produit³⁶.

Il ressort de ce tableau d'étonnants écarts sur l'appréciation des élasticités prix de certains postes qui conduisent à s'interroger assez sérieusement sur la validité des hypothèses qui sous-tendent certains calculs et à constater en tous cas l'extrême sensibilité des calculs aux hypothèses économétriques.

Tableau Synthèse comparative des deux études Allais et Dubois sur l'élasticité prix de la consommation des ménages par grande catégorie de produits

Catégorie de produits alimentaires	Élasticité /prix par ménages Étude Dubois	Élasticité /prix par ménages Étude Allais
Viande	-1,69	Entre - 0,5 à -1,5 selon les viandes
Poisson	-1,44	Plus de -1,5
Fruits et légumes	-1,30	Moins de -0,5 pour les produits frais Entre -0,5 à -1 pour les produits transformés
Produits laitiers	-2,25	Moins de 0,5 pour les fromages Autour de 1 pour les produits laitiers
Féculents	-0,95	Céréales entre 0,5 et 1
Junk food	-2,10	Junk food non identifiée Sucre : entre -0,5 et 1 Chocolat et confiseries entre 1 et 1,5 Boissons non alcoolisées entre 1 et 1,5 Plats composés entre 1 et 1,5
Lipides Huile et beurre	-1,45	Huiles entre 0,5 et 1 Beurre moins de 0,5
Alcool	Non fourni	Moins de 0,5
Autres	-1,3	

Source : Graphique et tableau précédents.

Bien qu'elles portent en principe sur les mêmes bases de données (le panel TNS SECODIP), ces deux études aboutissent à des résultats assez hétérogènes les élasticités de la consommation de matières grasses d'une part et de produits laitiers, d'autre part ainsi que sur la consommation de produits sucrés.

Les méthodes et les approches en sont de fait diverses, qu'il s'agisse de la nomenclature des produits identifiés, de la taille des échantillons et des bornes dans le temps prises en compte pour établir les corrélations entre les prix et les consommations ainsi que des hypothèses faites par les modèles économétriques qui les sous-tendent.

Ce sont là sans doute les incertitudes de la science et les limites de l'exercice théorique : les statistiques économiques diverses de la partie qui précède, montrent toute la distance qui peut exister entre les études de marché des industriels et ces études savantes et les écarts qui peuvent exister entre une approche globale par catégories de produits et une approche commerciale bien ciblée.

³⁶ Les enseignements plus exploratoires, propres au travail de recherche de ces deux études, ne sont pas en revanche retracés ici, qu'il s'agisse pour l'étude Allais de l'élasticité des consommations aux nutriments ou pour l'étude Dubois de l'élasticité des consommations des individus au sein du ménage. Ces enseignements sont exposés dans l'annexe IX.

CONCLUSION

A l'issue de cet examen, il apparaît bien délicat de trancher le problème de l'assiette des produits à taxer selon une approche totalement « rationnelle » et indépendamment d'une décision sur l'outil utilisé pour la taxation.

- soit on retient un critère strictement nutritionnel (application stricte d'un prix de la calorie ou du gramme en excès) s'appliquant à tous les produits concernés, quel que soit leur élasticité, quel que soit leur caractère de nécessité première, quelles que soient les difficultés économiques du secteur concerné, quels que soient leurs autres apports nutritionnels. Ce schéma, simple pour l'esprit, de la taxe nutritionnelle stricto sensu se heurte à toutes sortes de difficultés d'assiette, de fixation des taux et de gestion, abordés par ailleurs (Cf. annexe VII). Il peut donner lieu à de vives contestations économiques et sociales, voire scientifiques s'il conduit à taxer des produits, certes trop salés, trop sucrés ou trop gras mais apportant des micro nutriments jugés indispensables ;
- soit on recherche avant tout l'effet de signal sur certaines consommations « somptuaires », apportant par surcroît les nutriments à éviter, dont la consommation augmente et semble particulièrement répandue dans les catégories à risques : ces produits peuvent ne pas être les plus salés, les plus gras ou les plus sucrés ni être massivement consommés ; la liste retenue n'obéit pas à de stricts critères de priorité nutritionnelle mais le sens commun (y compris celui des enfants) sait que l'excès de leur consommation n'est pas recommandé ; l'outil à retenir est alors la TVA, dont on a vu que les règles d'assiette n'obéissent pas à des considérations de santé publique mais dont les taux et les modalités d'application sont strictement encadrés au niveau communautaire.

Il apparaît, pour l'auteur de la présente annexe, qui n'engage que lui, que les choix opérés récemment par le Royaume Uni ont été relativement équilibrés et bien orientés dans ce contexte.

On rappellera en effet (Cf. annexe VII) que celui-ci a décidé d'appliquer le taux normal de TVA aux produits suivants :

- crèmes glacées et glaces ;
- confiseries ;
- boissons non alcoolisées ;
- et, quand ils sont emballés, les chips, frites et produits similaires, les céréales gonflées ainsi que les fruits à coque salés ou grillés autres que les fruits dans leur coquille.

Ces produits sont effectivement parmi les plus gras, les plus salés et les plus sucrés, qu'ait identifiés le présent travail. Les informations sur leurs consommations, rassemblées par la mission laissent penser que les consommations en sont très sensibles aux prix, qu'elles ne correspondent pas à des produits de première nécessité et qu'elles ont fortement augmenté, notamment chez les enfants.

Le présent travail n'a pu, dans les délais impartis, recueillir tous les éléments d'information qui auraient permis d'évaluer le rendement total, résultant pour la France de la mise en œuvre d'une décision analogue.

Son estimation est que le rendement d'une mesure TVA s'établirait dans les ordres de grandeurs suivants pour les produits dont elle a pu identifier les consommations en valeur

- sur les crèmes glacées à 2 00M€ ;
- sur les confiseries non encore imposées au taux normal à 400 M€ ;
- sur les boissons sucrées non alcoolisées et non édulcorées à 320 M€ (+ 250 M€ si l'on y ajoute les jus de fruits).

ANNEXE 9

**ÉLASTICITÉS PRIX ET IMPACTS D'UNE TAXE SUR LES COMPORTEMENTS
DE CONSOMMATEURS ET LES FINANCES PUBLIQUES : TRAVAUX DE
RECHERCHE ET D'EXPERTISE**

**ETABLIE SOUS LA RESPONSABILITÉ DE MARIANNE BERTHOD-WURMSER
(IGAS)**

Rappel de notions concrètes concernant les « élasticités de la demande d'un produit par rapport à son prix ou par rapport au prix d'autres produits »

- *Elasticité de la demande d'un produit par rapport à son propre prix.* Elle permet de prédire les conséquences d'une évolution du prix d'un produit sur la consommation de ce même produit. Par exemple **on dit que l'élasticité du pain est de -0,40, si une augmentation de 10 % de son prix entraîne, toutes choses égales par ailleurs, une baisse de 4 % de sa consommation.** Une élasticité est positive lorsqu'une augmentation de prix d'un produit entraîne une augmentation de sa consommation (ce qui n'est évidemment pas le cas le plus fréquent), et négative dans le cas inverse.
- *Elasticité croisée de la demande d'un produit par rapport au prix d'un autre produit.* Certains produits sont *complémentaires* ; ils ont alors une élasticité croisée négative. Pour poursuivre l'exemple précédent : on suppose que la population se nourrit de tartines beurrées : **si la baisse de la consommation de pain entraîne une baisse de 1 % de la consommation de beurre, on dit que l'élasticité croisée de la consommation de beurre par rapport au prix du pain est de -0,1.** Les produits *substitutifs* ont au contraire une élasticité positive.
- *L'élasticité de la consommation des produits par rapport à leur prix est une donnée essentielle* pour apprécier les effets d'une taxation sur les produits alimentaires : si l'élasticité est très faible, elle ne permet pas d'envisager d'effet nutritionnel réel sur les consommations (mais en revanche, la mise en œuvre d'une taxe ne réduit pas la matière imposable, et le produit de la taxe peut être élevé) ; si l'élasticité est très élevée, la taxe a des effets nutritionnels sensibles, mais n'est pas favorable à un rendement fiscal élevé ; si les élasticités croisées sont très complexes par suite d'effets de substitution incontrôlables, une taxe risque de conduire à des résultats non désirables.
- *Principe du calcul des élasticités :* dans les travaux présentés ici, les élasticités sont calculées par régressions de changements de consommation sur des changements de prix. Les données empiriques doivent porter, pour une même population, sur une période de temps de plusieurs mois, voire de plusieurs années. Un grand nombre des études présentées ici tiennent compte d'observations issues du suivi de panels de consommateurs, sur un nombre d'années précisé pour chacune.

Un ensemble de travaux économiques et économétriques consacrés à une taxe nutritionnelle ou une « fat tax », en Grande Bretagne, aux Etats-Unis, au Danemark ou en France cherchent à estimer :

- les effets « nutritionnels » que pourrait avoir une telle taxe et leurs conséquences : variations des consommations de divers produits alimentaires, variations des consommations de lipides, glucides, sel, autres nutriments, ou encore impact direct sur la prévalence du surpoids et de l'obésité, voire sur les dépenses d'assurance maladie ;
- les effets « financiers » d'une telle taxe, pour la puissance publique (estimation des produits de la taxe) et pour les consommateurs (effets différentiels selon les catégories de revenus et d'âge, en particulier).

Si des taxes spécifiques sur certains aliments existent depuis plusieurs décennies, notamment aux Etats-Unis, elles ne semblent pas avoir été conçues dans la perspective d'améliorer la nutrition, et ne semblent pas avoir donné lieu à des travaux particuliers pour en apprécier les effets de ce point de vue.

Les premiers travaux d'économistes envisageant une taxe nutritionnelle ont été réalisés au début des années 2000 de façon théorique – dans la même perspective qu'étaient envisagées ou mises en œuvre des taxes « comportementales » dans le domaine de l'environnement. Ces premières réflexions ont pu s'appuyer sur des données solides concernant les relations entre nutrition et santé, ainsi que sur des statistiques de consommation ou d'achat de produits alimentaires par les ménages. Toutefois, elles n'ont pas disposé de données empiriques permettant notamment d'estimer ces élasticités. Des tableaux d'élasticités-prix par produits ont été construits par la suite par des équipes d'économistes qui ont aussi étudié divers scénarios de taxation.

Dans cette annexe, on a résumé les principaux travaux d'économistes, publiés en anglais dans des revues scientifiques et on a donné les indications chiffrées disponibles (parfois simplifiées lorsque cette simplification paraissait nécessaire à la lisibilité de la présentation) sur les élasticités estimées et utilisées dans ces travaux. On ne prétend pas couvrir de façon exhaustive la littérature mondiale. Ces chiffres sont tous récents. Les analyses reposent en général sur des données d'enquêtes longitudinales conduites sur plusieurs années. Ils sont parfois divergents selon les auteurs, conduits à utiliser de nombreux outils économétriques qui peuvent avoir un impact sur leurs analyses et leurs résultats. Les résultats présentés ici alimentent d'abord des débats de chercheurs. Certains gouvernements ont toutefois sollicité l'expertise des chercheurs pour alimenter également leur propre réflexion sur l'action publique (au Danemark et en Grande Bretagne notamment).

Dans la présentation d'une dizaine de travaux ci-après, priorité a été donnée aux travaux portant sur des données françaises, et aux travaux les plus récents, dont les résultats sont plus développés.

- Les trois articles d'équipes françaises sont présentés en premier lieu ; il s'agit de. « documents de travail » non encore publiés, qu'elles ont bien voulu nous communiquer. Les conclusions « pratiques » de ces trois articles fondés sur des modèles complexes ne sont pas totalement concordantes : les uns insistent sur la prudence qu'il leur paraît nécessaire d'observer, compte tenu de la faiblesse des élasticités-prix et des effets « nutritionnels » qu'ils permettent d'escompter ainsi que de possibles effets indésirables d'une taxe ; les autres s'appuient sur une estimation plus élevée de l'élasticité prix de la « junk food » pour recommander une taxe portant uniquement sur ces produits ; le troisième enfin analyse directement l'effet prix de différents produits (gras, sucrés...) sur la prévalence de l'obésité.
- Deux articles anglais et un article danois sont présentés ensuite : celui de T. Marshall, publié en 2000, est en quelque sorte « fondateur » de ce domaine d'études et de recherches au niveau international ; O. Mytton et al. (2007) ont repris sa démarche sur la base de données empiriques et d'un modèle élargi au-delà des produits favorisant le seul cholestérol : ils parviennent ainsi à des conclusions sensiblement moins favorables à une taxe ; celui de S. Smed et al. propose un système de simulations dont l'un des objectifs est d'éviter les « effets indésirables », notamment sociaux, d'une taxe, à coût constant pour les finances publiques.

- Les études, américaines, plus brièvement résumées ensuite sont une sélection de quelques études complémentaires permettant de prendre connaissance de travaux plus sectoriels (« snacks », boissons sucrées et « snacks », produits laitiers)
- Une bibliographie succincte complémentaire est reportée à la fin de cette annexe.

Les articles auxquels a accédé la mission mettent en lumière plusieurs éléments qui, au total, conduisent les auteurs à accompagner leurs chiffrages et la présentation des scénarios qu'ils recommandent de diverses mises en garde concernant les modalités d'une taxation et les mesures d'accompagnement qui seraient nécessaires. Six points principaux peuvent être relevés :

- Les comportements alimentaires générant des externalités lourdes pour le système de santé et son financement, une action fiscale peut être justifiée, tant d'un point de vue de la santé publique que du point de vue des finances publiques ;
- Les chiffres avancés par les chercheurs ne sont pas des chiffres « bruts » directement issus de données empiriques : ces données empiriques servent de base à différents calcul suivant différents modes et les résultats sont variables (notamment selon les produits). Toutefois, on peut dire que l'élasticité de la consommation des produits alimentaires par rapport aux prix est considérée en général comme relativement faible dans les différentes études ; celle de la consommation de nutriments serait encore plus réduite ;
- La prise en considération des élasticités croisées et des effets de substitution entre produits peut mettre en lumière des effets non apparents si on ne considérait que les effets directs de la variation du prix d'un produit sur sa propre consommation. Ces effets peuvent être non désirables, voire conduire à aggraver la situation nutritionnelle dans certains cas ;
- L'élasticité par rapport aux prix est variable en particulier selon les produits, les âges, les catégories sociales. Dans tous les pays, on constate : que les produits alimentaires constituent une part plus importante des budgets des catégories sociales à bas revenus ; que la consommation des ménages de ces catégories comporte une part variable selon les nutriments mais souvent plus importante de produits et de nutriments « mauvais pour la santé », et enfin que les élasticité-prix sont en général plus fortes pour ces catégories. Ces constats ont plusieurs conséquences :
 - o Les conséquences nutritionnelles et, à long terme, les conséquences sanitaires d'une action fiscale seraient plus « positives » pour ces catégories ;
 - o Un effet « régressif » est évoqué, mais pas toujours approfondi, dans la plupart des travaux. En effet, dans l'immédiat toutes les catégories sociales subissent, les augmentations de prix sur les produits taxés, qu'elles continuent de consommer pour leur plus grande part (en pratique, si l'élasticité d'un produit est de 1, après taxation de 10 %, la consommation demeure égale à 90 % de la consommation antérieure). L'effet relatif, sur le budget alimentaire des ménages à bas revenus, est toutefois proportionnellement plus important que sur celui des ménages à hauts revenus – et ce budget alimentaire absorbe une part plus importante de leurs ressources ; la « perte d'utilité » immédiatement ressentie est plus forte en bas de l'échelle sociale.
 - o C'est la raison pour laquelle la plupart des auteurs envisagent des mesures « compensatoires » de diverses natures en direction des catégories défavorisées ;
- Plusieurs études notamment celles qui examinent de façon plus approfondie les élasticités par âge, mentionnent également des difficultés de « ciblage » des mesures fiscales sur les catégories de « mauvais mangeurs » (de sorte que la taxe risque d'être payée, pour sa plus grande part, par des personnes qui n'ont pas besoin de changer de régime alimentaire) et recommandent une grande attention à ce ciblage.

Oliver Allais, Patrice Bertail, Véronique Nichèle (INRA, Université Paris X, CREST) : “The effects of a “fat tax” on the nutrient intake of French households”. (“Document de travail” transmis par l’auteur), Avril 2008.

Une taxe sur les produits alimentaires à haute densité en calories, graisses ou sucre aurait probablement pour effets de réduire la consommation de « junk food » et de générer un revenu destiné à financer des actions pour la santé. Mais quelle serait son efficacité nutritionnelle et financière ? L’article étudie cette question en estimant un système complet de demande de produits alimentaires en utilisant les données françaises TNS SECODIP de la période 1996-2001 (période immédiatement antérieure à la mise en œuvre du PNNS, choisie pour éviter que les estimations de variations de consommation ne traduisent l’effet des campagnes d’information). Rappel : ce panel ne permet pas de tenir compte des consommations hors domicile et enregistre de façon moins fiable les achats chez les petits commerçants et artisans que dans les super-hyper marchés avec caisse reliées à un système d’information et code-barre.

Sont appliquées au cas français des méthodes utilisées dans diverses études portant sur d’autres pays et ces méthodes sont de surcroît affinées. Les résultats sont globalement cohérents avec ces études (dont certaines sont résumées plus loin). Les élasticité - prix, peu élevées, et les risques d’effets indésirables d’une taxe que leurs travaux mettent en lumière, conduisent les auteurs à souligner qu’une action directe sur la composition des aliments serait probablement plus efficace qu’une action fiscale.

Les élasticité pour 32 nutriments, en réaction à des changements de prix de 24 catégories de produits alimentaires sont estimées. Les ménages sont répartis en quatre groupes de revenus.

Une matrice de conversion des nutriments/ produits alimentaires, appliquée aux élasticité prix permet ensuite d’en déduire des « élasticité de la consommation de nutriments par rapport aux prix des divers produits » puis d’examiner dans quelle mesure une « fat tax » modifierait les consommations des ménages en différents nutriments.

Ce travail sur la France est proche de ceux qu’avaient réalisés Chouinard et al. (2005) et Kuchler et al. (2005) pour les Etats-Unis, à ceci près que ces auteurs s’étaient intéressés aux achats des ménages mais pas à leurs consommations en nutriments, et avaient mis en œuvre des systèmes *incomplets* de demande, de sorte qu’ils n’avaient pu estimer qu’une partie des changements de comportement des ménages et en particulier, n’avaient pu explorer complètement les substitutions entre produits. Les résultats de l’étude de O. Allais et al. sont cependant concordants avec ces travaux précédents (voir plus loin fiche résumée). Comme dans les études américaines, les sources retenues limitent les investigations sur deux points : l’étude ne descend pas jusqu’au niveau individuel, mais reste au niveau des ménages ; elle ne prend pas en compte les achats de produits alimentaires hors consommation domestique.

Les conclusions essentielles sont qu’une **fat tax aurait des effets faibles et très ambigus sur la composition nutritionnelle de l’alimentation des ménages.**

- Les effets sont ambigus car les produits alimentaires comprennent une variété de nutriments ; accroître le prix d’un produit pour réduire la consommation de nutriments considérés comme « moins désirables pour la santé » réduit en général la consommation d’autres nutriments, qui peuvent être bons pour la santé.
- Comme les auteurs de deux publications précédentes (Huang et Lin, 2000 et Beatty et LaFrance, 2005), Allais et al. trouvent que les élasticité de la consommation de *nutriments* par rapport aux prix sont « *remarquablement faible* ».

Pour les élasticité de la demande de produits alimentaires par rapport à un changement de prix (moyennes/ toutes catégories sociales), l’étude donne les résultats suivants :

- o *Moins de 0,5* (une hausse de 1 % du prix entraîne une baisse de moins de 0,5 % de la consommation) : pommes de terre, légumes frais, fruits frais, œufs, beurre et fromages, alcool,
- o *De 0,5 à 1* : produits céréaliers, légumes en conserve, fruits en conserve, produits à base de viande, volailles, produits laitiers, huiles, sucre,
- o *De 1 à 1,5* : fruits en coque, bœuf et veau, porc, autres viandes, plats composés, chocolat et confiseries, boissons non alcoolisées, thé et café,
- o *Plus de 1,5* : poisson, eaux minérales et gazeuses.

L'élasticité de la demande de produits alimentaires varie selon les catégories de revenus et les catégories de produits. Les résultats de l'étude sont les suivants :

- o Les ménages à faibles revenus sont, de manière significative, *plus sensibles* que les ménages à haut revenus à un changement des prix pour trois catégories de produits : le poisson (rapport entre élasticité du premier et du quatrième quartile : 0,59/ 0,52), le sucre (0,27/ 0,23), les eaux minérales et gazeuses (0,71/ 0,63) ;
- o Les ménages à faibles revenus sont, de manière significative, *moins sensibles* à un changement de prix pour trois catégories de produits : les fruits frais (rapport entre élasticité du premier et du quatrième quartile : 0,3/0,13), les légumes frais (0,11/0,18) et l'alcool (0,10/0,16) ;
- o Entre catégories de revenus, les élasticité sont très peu différentes pour les autres catégories de produits : les pommes de terre, les conserves de fruits et de légumes, les fruits à coque, le bœuf, le porc, les autres viandes, les produits à base de viande, les œufs, les plats composés, les produits laitiers, le beurre et le fromage, l'huile, le chocolat et les confiseries, les boissons non alcoolisées, le thé et le café.

- **Elasticité de la consommation des différents nutriments par rapport aux prix des produits alimentaires :**

Les nutriments étudiés sont les graisses saturées, les protéines, les hydrates de carbone (glucides), les fibres, la vitamine C, le caroténoïde (vitamine A), le calcium, et le fer.

Pour réduire (ou augmenter) la teneur en certains nutriments, le modèle (dont les pièces essentielles sont la matrice des nutriments et les élasticité prix par catégories de produits) indique quels sont les 3 à 5 catégories de produits dont il faudrait préférentiellement augmenter les prix.

- o Les élasticité des nutriments sont généralement *très faibles* (entre 0,1 et 0,2 pour la plupart).
- o Entre catégories de revenus, on n'observe des *différences significatives* que pour les hydrates de carbone (glucides), les fibres, la vitamine C, le caroténoïde et le fer.
- o Les deux exemples suivants sont très informatifs en ce qui concerne le « trop sucré » et le « trop gras ». On ne dispose pas d'un tableau identique pour le sel. On constate que les élasticité prix faibles ne permettent pas d'envisager d'effets nutritionnels très importants à la suite d'une hausse de prix.
 - Pour réduire la teneur en *glucides* de l'alimentation par une taxe, quatre catégories de produits alimentaires peuvent être envisagées. Les élasticité de la consommation de chacun de ces produits par rapport au prix sont les suivants :
 - céréales (élasticité moins élevée pour les hauts revenus : 0,11 contre 0,18 pour les revenus faibles),
 - fruits frais (élasticité plus élevée pour les hauts revenus : 0,13 contre 0,7),
 - fromage et beurre (0,17 pour les hauts revenus, contre 0,15),
 - boissons non alcoolisées (élasticité quasi équivalentes pour les deux groupes de revenus aux alentours de 0,12).
 - Pour réduire la teneur en *graisse saturée*, quatre catégories de produits alimentaires peuvent être envisagées :

- le fromage et le beurre,
- les produits laitiers,
- et (curieusement – par un jeu de l'ensemble du modèle qu'il conviendrait d'analyser) les céréales.

Les élasticités-prix des lipides saturés sont pratiquement identiques selon les catégories de revenus, mais demeurent très faible (entre 0,1 et 0,2).

- o Cependant, réduire la consommation de produits laitiers, de fromage et de beurre aurait un effet non intentionnel : la consommation de *calcium* serait également réduite (pour une augmentation de prix de 1 % du prix du beurre/ fromage et des produits laitiers, la réduction de consommation serait respectivement de 0,20 % et 0,44 % pour les ménages à hauts revenus et de 0,14 % et 0,51 % pour les ménages à revenus faibles.
- o Des résultats similaires concernent les autres nutriments étudiés. Ainsi pour réduire la consommation de cholestérol, ce sont les prix des œufs, des produits laitiers et du beurre/fromages qu'il faut modifier. Mais une augmentation de 1 % des prix de ces produits ne réduit la consommation de cholestérol, respectivement, que de 0,08 %, 0,22 %, 0,14 %. Comme dans l'exemple précédent, l'augmentation de 1 % du prix du beurre/fromage et des produits laitiers réduit la consommation de calcium, ce qui ne constitue pas une évolution satisfaisante.

- **Simulation d'une « fat tax » de 1 % sur le beurre et le fromage, et sur les produits laitiers (entièrement répercutée sur les prix à la consommation) :**

Les auteurs simulent les effets de l'instauration d'une taxe au taux de 1 %. Une taxe de 5 % ou de 10 % aurait des effets cinq ou dix fois supérieurs : les effets varient proportionnellement au taux de cette taxe.

Une augmentation de 1 % aurait un effet extrêmement limité sur les régimes alimentaires : en quatre semaines, la consommation de graisses saturée serait réduite de 3,27 g et de 4,87 g respectivement pour un ménage à haut ou bas revenus, alors que les consommations moyennes sont de 1 630 g et 2 607 g pour ces ménages dans la même période. La consommation énergétique, celle de cholestérol, celle de sodium seraient réduites en même temps que celle de matières grasses – ce qui est un effet souhaitable –, mais la consommation de calcium et de phosphore le seraient également, en particulier pour les ménages à revenus faibles – ce qui est moins souhaitable. (Voir tableau).

Tableau : Effet, sur les quantités de nutriments absorbés, d'une taxe de 1 % concernant les produits laitiers et/ou le beurre et le fromage :

Base taxable	Nutriment	Réduction de la quantité de nutriments consommés en <u>quatre semaines</u>	
		Ménages à hauts revenus	Ménages à bas revenus
Fromage et beurre (en grisé : nutriments dont il ne serait pas souhaitable de réduire la consommation)	Energie	- 112,38 kcal	- 164,42 kcal
	Graisses saturées	- 3,27 g	- 4,87 g
	Cholestérol	- 0,20 g	- 0,30 g
	Calcium	- 0,65 g	- 1,04 g
	Phosphore	- 0,63 g	- 0,97 g
	Sodium	- 0,80 g	- 1,20 g
Fromages/beurre et produits laitiers	Energie (kcal)	- 165,01 kcal	- 255,60 kcal
	Graisses saturées	- 6,08 g	- 9,31 g

(en grisé : nutriments dont il ne serait pas souhaitable de réduire la consommation)	Cholesterol	- 0,52 g	- 0,79 g
	Calcium	- 2,22 g	- 3,78 g
	Phosphore	- 1,80 g	- 3,02 g
	Sodium	- 1,29 g	- 2,08 g

Le produit de la taxe ne serait pas négligeable : en quatre semaines, une taxe sur le beurre et le fromage rapporterait en moyenne par ménage 0,18 € et une taxe sur le beurre, le fromage et les produits laitiers, 0,44 €.par ménage¹.

Ces estimations pour le court terme ne tiennent pas compte d'effets à long terme sur la santé de la population.

Conclusion

Une taxe ne modifierait pas substantiellement la composition nutritionnelle de l'alimentation des ménages.

Si l'industrie réagissait par une modification de la composition des produits soumis à taxation en substituant, à certains composants, des composants plus chers, ou en mettant en œuvre de nouveaux procédés industriels, les produits seraient moins abordables pour les catégories à revenus faibles, ce qui toucherait de façon négative les disparités socio économiques.

Si, par exemple en réponse à une incitation des pouvoirs publics, l'industrie réduisait la teneur en lipides dans les produits alimentaires, les résultats pourraient être moins ambigus : si la teneur des produits laitiers en lipides saturés diminuait de 1 %, la consommation moyenne de ces lipides par ménage diminuerait de 11,5 g pour une période de 4 semaines, *toutes choses égales par ailleurs (notamment les prix et les quantités de produits consommés)*. Pour obtenir le même effet, les prix devraient augmenter de 3,52 % en risquant d'entraîner plus d'effets indésirables.

¹ Théoriquement, avec 23 millions de ménages, le produit global de la taxe serait compris entre 50 et 120 millions d'€. Mais il ne s'agit que d'une évaluation mécanique, qui n'a pas fait l'objet d'investigations complémentaires des auteurs.

**Cécile Bonnet, Pierre Dubois, Valérie Orozco : « Food consumption and obesity in France »
INRA, GREMACQ, décembre 2007 (“Document de travail” transmis par l’auteur)**

Cette étude porte également sur le cas français. Elle vise à évaluer la pertinence d’une politique de taxation et de régulation des prix des produits alimentaires pour réduire l’indice de masse corporelle de la population. Plusieurs élasticités par rapport aux prix concernant huit groupes de produits alimentaires sont estimées : élasticité de la consommation d’aliments, de la consommation de calories, de la consommation de divers nutriments énergétiques, ainsi que les variations d’IMC entraînées par des modifications des prix des produits alimentaires. L’estimation est faite à partir de données longitudinales, en estimant des données de consommation individuelle à partir de données d’achats par ménage.

L’ensemble des données provient également du panel de consommateurs TNS-SECODIP (période 2001-2002). Rappel : ce panel ne permet pas de tenir compte des consommations hors domicile (restaurant, consommation à emporter) et enregistre de façon moins fiable les achats chez les petits commerçants et artisans que dans les super-hyper marchés avec caisse reliées à un système d’information et code-barre. La composition en nutriments de chaque aliment est assurée en s’appuyant sur différentes sources².

Les résultats ne sont pas analysés par catégories sociales ou de revenus. Sont estimés en particulier : le « coût de la calorie » de différents types d’aliments, les élasticités-prix de différentes catégories d’aliments au niveau du ménage et au niveau individuel (sensiblement plus élevées que celles estimées par d’autres chercheurs), et les effets d’une variation de prix de différentes catégories d’aliments sur la prévalence du surpoids et de l’obésité.

Les auteurs concluent que taxer la « junk food » réduirait la prévalence du surpoids et de l’obésité, de même qu’augmenter le prix de l’huile et du beurre ; une réduction du prix des féculents et des produits laitiers se traduirait également par une réduction de l’IMC moyen de la population (plus importante).

Les relevés d’IMC déclarés dans le panel SECODIP en 2002-2003 permettent de situer la prévalence de l’obésité et du surpoids (Obésité 10 %, Surpoids : 25 %). Ces taux sont proches des estimations OBEPI pour 2006. Selon l’analyse de ces données, les « profils » d’IMC par âge et par sexe sont similaires pour les différentes catégories sociales, mais « décalées vers le haut » pour les catégories à faible revenu.

Par une série de relations formalisées, les auteurs se mettent en mesure d’étudier au niveau individuel des relations entre les données recueillies au niveau du ménage (achats alimentaires, caractéristiques socioéconomiques...), et celles qui caractérisent les individus (en particulier leur indice de masse corporelle). Ainsi ils établissent et formalisent (relation économétrique) les relations entre IMC des différents individus au sein d’un même ménage. De même, la consommation alimentaire relevée dans le panel SECODIP est répartie entre les individus du ménage en se fondant sur un modèle économétrique (modèle mis au point par Chesher -1998, avec une base d’estimation élargie incluant les données anthropométriques du panel SECODIP, dont l’IMC).

Les résultats, obtenus à partir des consommations relevées sur une année corrigées pour tenir compte du nombre de repas pris au domicile (à partir d’une enquête spécifique réalisée en 2004), et de la composition du ménage par sexe et âge (à partir du même modèle de Chesher), montrent que :

² Regal micro-table, Cohen et Sérog (2004), sites nutritionnels (www.i-dietetique.com, www.tabledescalories.com...) et les sites des grandes sociétés de l’industrie agroalimentaire.

- o La consommation individuelle en calories dépend de l'IMC des individus et croît avec l'IMC, mais plus ou moins rapidement selon l'âge et le sexe.
- o La consommation des obèses est supérieure à celle des personnes en surpoids, elle-même supérieure à celle des personnes de poids « normal » pour les lipides (par rapport à un individu de poids « normal », un obèse de 35 ans absorbe en moyenne 20 % de lipides supplémentaires). Les obèses absorbent également plus de protéines et de glucides, mais la différence est moins importante.
- o Pour les ménages, les « apports énergétiques » se répartissent en moyenne en 18 % provenant de protéines, 35,5 % provenant de glucides et 46,5 % provenant de lipides.
- o Au niveau individuel, la part des glucides est un peu plus faible pour les personnes obèses (leur consommation supérieure provient surtout des lipides et des protéines) ; les enfants et les adolescents consomment plus de glucides ; les femmes consomment plus de glucides que les hommes.

Une relation entre IMC et consommation alimentaire individuelle estimée (déduite de celle du ménage comme indiqué plus haut) est établie. Les auteurs ont recours à un système d'équations à deux niveaux faisant appel à un ensemble de variables concernant les ménages ou les individus (le lieu de résidence urbain ou rural, la catégorie socioéconomique, le niveau de revenu, l'accès à internet, la possession d'un ordinateur, la pointure des chaussures, tous indicateurs mis en relation avec le statut pondéral).

Les résultats montrent d'une façon générale que la consommation de calories a un impact sur l'obésité et le surpoids des adultes et des enfants, et chiffrent plus précisément les effets d'une augmentation de la ration calorique :

- o 100 kcal supplémentaires par jour pendant un an auraient en moyenne sur l'IMC un impact de 0,6 à 0,9 kg/m² pour un enfant (1,2 à 1,8 kg pour un enfant de 10 ans de 140 cm)
- o 100 kcal supplémentaires par jour pendant un an auraient en moyenne sur l'IMC un impact de 1,3 à 1,5 kg/m² pour une femme (3,5 à 4 kg pour une adulte de 163 cm)
- o 100 kcal supplémentaires par jour pendant un an auraient en moyenne sur l'IMC un impact de 1,4 à 1,5 kg/m² pour un homme (4,2 à 4,5 kg pour un adulte de 173 cm)

Ces résultats (qui seraient à comparer avec les évaluations des nutritionnistes), obtenus en exploitant des données longitudinales pour les mêmes individus, ne tiennent cependant pas compte des « hétérogénéités individuelles », et ne peuvent être étendus à une estimation croisant les données de nombreux individus.

Le « prix de la calorie » est estimé en moyenne à 0,184 € par kcal, et diffère selon la catégorie d'aliments. Le tableau 1 ci-dessous présente le résultat du calcul réalisé par les auteurs sur la base de consommations individuelles ayant fait l'objet des estimations économétriques précédemment évoquées³ :

Tableau 1

Catégorie de produits alimentaires	Coût moyen de la calorie (en € 2002)	Catégorie de produits alimentaires	Coût moyen de la calorie (en € 2002)
Viande	0,297	Féculents	0,063
Poisson	0,578	« Junk food »	0,145
Fruits et légumes	0,230	Lipides (huile, beurre...)	0,057
Produits laitiers	0,221	autres	0,322

Les coûts par calorie étant sensiblement différents selon les aliments, pour respecter un budget donné (ou pour satisfaire un besoin donné en calories), la répartition des consommations entre aliments a un impact important, sur le volume des calories absorbées (ou sur le montant total des dépenses).

³ Les auteurs ont également calculé des coûts de la calorie « par ménage », généralement plus élevés.

Les auteurs utilisent ensuite ces données sur « le prix de la calorie » pour estimer des élasticités-prix au niveau individuel, ou au niveau du ménage :

Tableau 2

Catégorie de produits alimentaires	Elasticité /prix par ménages	Elasticité /prix individuelles	Catégorie de produits alimentaires	Elasticité /prix par ménages	Elasticité /prix individuelles
Viande	-1,69	-1,14	Féculents	-0,95	-0,61
Poisson	-1,44	-0,56	« Junk food »	-2,10	-3,22
Fruits et légumes	-1,30	-1,37	Lipides (huile, beurre...)	-1,45	-3,61
Produits laitiers	-2,25	-0,72	autres	-1,30	0,17

Les résultats du tableau 2 situent les élasticités prix estimées au niveau du ménage à un niveau nettement plus élevé (en valeur absolue⁴) que les estimations des chercheurs de l'INRA présentées précédemment.

Les élasticités individuelles calculées par l'équipe de Toulouse sont plus élevées encore qu'au niveau du ménage. Ce sont ces estimations individuelles qui sont utilisées pour réaliser une simulation des effets d'une variation des prix sur l'indice de masse corporelle.

Pour simuler enfin les effets d'une augmentation de prix, les auteurs utilisent trois équations concernant respectivement : la relation entre IMC et consommation individuelle (en calories), la répartition des calories consommées entre les catégories de produits, la relation entre les prix des produits et la demande individuelle de calories issues de ces produits. Ces simulations tiennent donc compte de l'ensemble des élasticités prix – y compris les élasticités croisées entre produits et les effets de substitution. Le tableau 3 ci-dessous présente les résultats de cette simulation :

Tableau 3

Modifications des prix	Population	Réduction de la prévalence du surpoids (en %)	Réduction de la prévalence de l'obésité (en %)
+ 5 % sur la « junk food »	Enfants	- 9,58	- 18,76
	Hommes	- 7,24	- 13,05
	Femmes	- 7,94	- 13,98
+ 10 % sur la « junk food »	Enfants	- 18,04	- 31,58
	Hommes	-10,61	- 17,47
	Femmes	-13,65	- 21,86
- 10 % sur les produits laitiers	Enfants	-11,84	- 17,16
	Hommes	-15,74	- 32,63
	Femmes	-14,72	- 23,57
- 10 % sur les féculents	Enfants	-26,94	-39,47
	Hommes	-46,97	-69,96
	Femmes	-38,31	-60,75

Les auteurs soulignent qu'une taxation de la « junk food » réduirait donc de façon considérable la prévalence du surpoids et de l'obésité, et suggèrent que seul ce type de produits devrait être taxé, de façon que les consommateurs puissent modifier leur régime sans accroître le prix de la calorie ingérée.

⁴ On rappelle que les élasticités sont négatives : une *augmentation* de prix induit une *baisse* de consommation.

Bien entendu, réduire les prix de certains autres produits comme les matières grasses pourrait également avoir des effets sur l'IMC.

Il est intéressant de noter que, les effets de substitution avec d'autres produits étant importants, une diminution des prix des produits laitiers ou des féculents aurait pour effet de réduire également la prévalence de l'obésité et du surpoids en dépit de leur apport énergétique propre assez élevé. De fait, comparativement, une réduction des prix des féculents paraîtrait l'outil le plus efficace (voir le tableau ci-dessus).

Le document consulté par la mission ne comporte pas de discussion concernant les incertitudes ou les biais que peuvent introduire les multiples estimations économétriques sur lesquelles repose cette étude.

Fabrice Etilé : “Food price policies and the distribution of body mass index : theory and empirical evidence from France”. INRA-ALISS Avril 2008 (« Document de travail » transmis par l’auteur)

L’ambition de cette étude économétrique est de formaliser directement la relation (élasticité) entre les prix des produits alimentaires (répartis en 23 catégories de produits) et les évolutions de l’IMC (prévalence de l’obésité et du surpoids dans la population). L’étude reprend sur le cas français une orientation de recherche engagée dans un article récent par des auteurs américains⁵.

La source de données est également l’enquête TNS SECODIP (sur cinq années, 2001-2005). Rappel : ce panel ne permet pas de tenir compte des consommations hors domicile (restaurant, consommation à emporter...) et enregistre de façon moins fiable les achats chez les petits commerçants et artisans que dans les super-hyper marchés avec caisses reliées à un système d’information et code-barre.

L’auteur donne des estimations chiffrées concernant élasticité de l’IMC par rapport aux prix, qui apparaît négative ou positive selon les produits. Plusieurs scénarios présentent l’impact de différentes combinaisons de taxation et de subventions sur des produits alimentaires, sur la prévalence du surpoids et de l’obésité.

Pour établir une relation directe entre évolutions des prix et évolutions de l’indice de masse corporelle de la population, l’auteur est confronté à plusieurs difficultés économétriques. Notamment :

- d’une part, les prix des produits n’étant pas effectivement observés, ils sont remplacés par des « valeurs unitaires » reconstituées, par ménage, à partir de données sur les dépenses et les quantités achetées (qui ne tiennent pas compte de la « qualité » des produits, probablement non indépendante du statut pondéral des consommateurs) ;
- d’autre part l’activité physique (qui joue ici un rôle clé dans ce modèle), n’est pas une variable observée et elle peut affecter la relation de l’IMC avec différentes variable, notamment le revenu.

On n’entrera pas ici dans le débat, introduit par l’auteur, concernant ces différents points, qui le conduisent à prendre un certain nombre de précautions formelles afin de contrôler les biais économétriques possibles. On soulignera seulement que le modèle est très sensible à la définition des catégories de produits : plus ces catégories sont homogènes du point de vue de la composition énergétique des aliments qu’elles rassemblent, plus l’effet prix sur l’indice de masse corporelle sera significatif. Mais cela ne facilite pas nécessairement la définition d’interventions commodément définies sur les prix.

Elasticités /prix de l’indice de masse corporelle

Les résultats sont variables selon les produits et selon l’IMC : l’effet prix est plus important pour les IMC les plus élevés. Cependant, il est plus important pour les personnes à la limite du surpoids pour toutes les catégories de boissons (eau, alcool, autres boissons), la viande, les produits de la mer, les fromages, les snacks que pour celle à la limite de l’obésité.

Le tableau ci-dessous montre :

- l’existence d’une « *modeste corrélation* » entre l’indice de masse corporelle des individus et le prix d’un certain nombre de catégories des produits.

⁵ Ch Schroeter, J Lusk, W Tyner : *Determining the impact of food price and income change on body weight*, Journal of Health economics. (2008 -27)

- Ces élasticités de l'IMC sont négatives⁶ pour l'huile et probablement pour les produits laitiers, les matières grasses animales, les céréales, les viandes brutes, les viandes ou poissons cuits ou frits, les fruits et les légumes préparés et les sucres et confiserie. ;
- Les élasticités sont positives pour les fruits et légumes bruts, et peut-être de façon surprenante, pour les repas préparés, les snacks et les desserts.

Tableau 1 – Elasticité de l'indice de masse corporelle d'un individu à la limite du surpoids et de l'obésité par rapport aux prix des produits alimentaires

Produits	Elasticité/prix Pour une personne de 25kg/m ²	Elasticité/prix Pour une personne de 30kg/m ²	Produits	Elasticité/prix Pour une personne de 25kg/m ²	Elasticité/prix Pour une personne de 30kg/m ²
1-Eau	0,028	0,020	13-Poissons et viandes cuits ou frits	-0,042	-0,084
2-Alcool	-0,041	-0,029	14-Yaourts et fromages frais	-0,067	0,097
3-Autres boissons	0,067	-0,036	15-Fromages	-0,042	-0,003
4-Fruits bruts	0,021	0,073	16-Laits	-0,095	-0,171
5-Fruits préparés	-0,046	0,000	17-Matières grasses végétales et animales	-0,076*	-0,096*
6-Légumes bruts	0,013	0,128	18-Huile	-0,190*	-0,283*
7-Légumes préparés	-0,026	-0,038	19-Sucre et confiserie	-0,064	-0,128
8-Céréales	-0,073*	-0,145*	20-Pâtisserie et desserts	0,068	0,183
9-Viande brute et œufs	-0,145*	-0,024	21-Snacks gras et sucrés	0,116*	0,043
10-Produits de la mer bruts	0,058*	0,028	22-Snacks gras et salés	0,108*	-0,003
11-Produits de la mer préparés	0,022	0,054	23-Repas préparés	0,094*	0,120
12-Viandes préparées	0,039	0,119			

Lecture : une diminution de 10 % du prix des fruits bruts entraînerait une réduction de 2,1 % de l'indice de masse corporelle des individus à la limite inférieure du surpoids, et de 7,3 % de l'IMC des individus à la limite de l'obésité.

Ces résultats se traduisent en langage plus simple de la façon suivante, par exemple :

Pour une personne de 1,80m ayant un IMC initial à la limite du surpoids, ou de l'obésité, une augmentation du prix des céréales produirait une diminution de poids de 600 g et de 1,4 kg respectivement. Pour la même personne, une augmentation du prix des huiles et matières grasses animales, entraînerait une diminution de poids de 2,1kg et de 3,7 kg selon qu'elle se trouve à la limite du surpoids ou de l'obésité.

Scénarios

⁶ L'indice de masse corporelle diminue lorsque les prix de ces produits augmentent. Les élasticités marquées d'un astérisque* sont calculées avec des intervalles de confiance égaux ou inférieurs à 5 %

Cinq scénarios sont construits pour appréhender les effets de différentes politiques de taxation et /ou de subvention destinées à peser (à la hausse ou à la baisse) sur les prix des produits selon leur qualité nutritionnelle. Ces scénarios prennent en compte les effets de complémentarité ou de substitution entre produits. L'impact sur la corpulence de la population est exprimé en diminution de la prévalence de l'obésité ou du surpoids ; il est présenté dans le tableau 2 ci-dessous⁷.

L'auteur lui-même, toutefois, considère que ces résultats devraient être pris avec précautions, compte tenu de la largeur des intervalles de confiance et d'un certain nombre d'autres caractéristiques de ses travaux économétriques. Il souligne en outre que les besoins en micro et macronutriments étant variables au niveau individuel (selon l'âge, le genre, l'état de santé, l'activité professionnelle), une taxe conçue de façon « optimale » pour certains individus peut avoir des effets moins souhaitables pour d'autres.

**Tableau 2 : Scénarios -
Effets de différentes politiques de prix sur la prévalence du surpoids et de l'obésité**

Scénario	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5
Catégorie de produits dont les prix augmentent de 10 %	Mat grasses	Mat grasses	Mat grasses, Fruits et Légumes préparés.	Mat grasses, Sucre et confiserie., Alcool, Pâtisserie et desserts	Alcool, Pât et desserts, Fr et Leg prép., Céréales, Viandes brutes, Viandes et poiss prép, Produits laitiers.
Catégories de produits dont les prix baissent de 10 %		Fruits et Légumes bruts	Fruits et Légumes bruts	Fruits et Légumes bruts, Fruits et Légumes préparés.	Fruits et Légumes bruts, Produits mer
Prévalence du surpoids (avant mesures/prix : 34,5 %)	30,6 %	29,5 %	28,5 %	27,2 %	20,1%
Prévalence de l'obésité (avant mesures/prix : 11,2 %)	7,7 %	6,4 %	5,8 %	6,6 %	5,1 %

⁷ Ce tableau ne reprend pas, en revanche, les estimations exprimées en termes de réduction des dépenses de santé, fondées sur des travaux aujourd'hui quelque peu obsolètes, commentés dans l'annexe au présent rapport portant sur les coûts d'une alimentation déséquilibrée pour l'assurance maladie. Il s'agit de l'étude de Detournay et al., fondée sur des données de 1992, qui est présentée dans l'annexe au présent rapport « coûts pour l'assurance maladie d'une alimentation déséquilibrée ». Ces données sont en effet fragiles et aujourd'hui obsolètes, et l'auteur, qui estimait ainsi les économies qui pourraient réalisées à des montant variant entre 281 millions et un peu plus de 1 milliard d'€, se propose de reprendre ces estimations dans une version définitive de son étude.

Tom Marshall : “Exploring a fiscal food policy : the case of diet and ischaemic heart disease”, University of Birmingham, British medical journal, January 2000

Cet article britannique peut être considéré comme celui qui a introduit dans la recherche internationale la problématique d’une « taxation nutritionnelle ». Les principaux éléments de raisonnement et résultats sont les suivants :

- Il est économiquement justifiable de faire payer par le consommateur (de produits alimentaires favorisant un taux de cholestérol élevé) les externalités que son comportement impose à la collectivité (par le biais des dépenses de santé pour les maladies cardiaques ischémiques).
- On est en mesure aujourd’hui de formaliser les relations entre, d’une part, une modification de la composition des apports alimentaires en matières grasses saturées et polyinsaturées et des apports de cholestérol d’origine alimentaire et d’autre part, une modification du taux de cholestérol sanguin. De même, on peut formaliser pour une population donnée, la modification de l’incidence de maladies cardiaques ischémiques induite par une modification du taux moyen de cholestérol sanguin.
- Les principales sources de matières grasses insaturées en Grande Bretagne sont le lait entier, le beurre, et le fromage. Inciter à leur substituer de façon « isocalorique » des glucides, des matières grasses mono ou polyinsaturées entraînerait une réduction du taux de cholestérol et des maladies cardiaques. Par ailleurs, au cours des dernières années, l’écart s’est agrandi entre le régime alimentaire des riches et celui des pauvres. «Le principe du choix du consommateur informé » est insuffisant pour le réduire car seuls les consommateurs qui en ont les moyens peuvent modifier leur comportement alimentaire. Enfin la fonction de demande pour un bien étant fonction de son propre prix, du prix des autres biens, du revenu disponible, et du « goût du consommateur », pour modifier les comportements alimentaires, deux stratégies sont possibles : accroître le « budget alimentaire » des ménages, ou altérer le système de prix relatifs des différents produits.
- Les effets d’un changement de prix sur les consommations dépendent fondamentalement de l’élasticité prix des différents produits. On ne dispose pas d’information suffisante dans le domaine public sur ces élasticités, ce qui constitue le principal obstacle à une modélisation de ces effets sur le cholestérol et l’incidence des maladies cardiaques ischémiques. On sait toutefois que ces élasticités pour les prix des produits alimentaires sont généralement inférieures à 1.
- Sur la base des hypothèses d’élasticités suivantes :
 - o -1,0 pour le lait entier (qui a un substitut d’accès aisé avec le lait semi écrémé),
 - o -0,7 pour le beurre (qui a un substitut acceptable avec la margarine),
 - o -1,0 pour les biscuits, gâteaux, pâtisseries, crèmes glacées... (dont il suffit de changer la composition)
 - o -0,5 pour le fromage (qui n’a pas vraiment de substitut sans effet/ cholestérol),T. Marshall calcule l’effet en Grande Bretagne (où les produits alimentaires ne sont pas soumis à TVA) d’une extension de la TVA au taux normal de 17,5 % à l’ensemble de ces produits, à l’exception de ceux qui comporteraient des teneurs en acides gras plus satisfaisantes. Les résultats de ses calculs sont les suivants :
 - o Baisse de l’incidence des maladies ischémiques comprise entre 1,8 % et 2,6 %,
 - o Réduction de la mortalité par maladie cardiaque de 900 à 1000 morts /an en dessous de 75 ans.
- La taxation est un « instrument aveugle ». Or les pauvres dépensent pour l’alimentation une proportion de leur revenu plus importante que les riches. Ils sont donc plus sensibles à un changement de prix. Ils sont également plus atteints par des maladies cardiaques. Les effets santé seraient donc probablement *progressifs* ; en revanche, les effets sur le bien être matériel seraient *régressifs* : *in fine*, il est probable que les consommateurs dépenseront plus pour leur alimentation, et que ce phénomène concernerait les pauvres « *de façon disproportionnée* ». Dès lors, une stratégie d’ensemble devrait

viser à apporter des compensations aux effets de cette taxation pour les ménages à faible revenu. Les pouvoirs publics pourraient trouver dans le revenu de la taxe une ressource pour compléter de façon appropriée les revenus des ménages pauvres.

- Le jugement des auteurs est que les parties nutritionnelles et physiologiques de ce modèle sont relativement robustes, de même que les relations entre achats de produits alimentaires et consommation. Mais le maillon faible est assurément celui qui concerne les effets des prix sur les achats de produits alimentaires (élasticité prix). Cette information qui « n'a pu être trouvée ni auprès des autorités publiques ni auprès des grands distributeurs » dit l'auteur, est l'information manquante essentielle. (*L'article ci-après de O. Mytton répond, quelques années plus tard, à ces vœux de T. Marshall en exploitant des données empiriques*)

Oliver Mytton, Alastair Gray, Mike Rayner, Harry Rutter : « *Could targeted food taxes improve health ?* », *Journal of epidemiological community health – British medical journal*, 2007

Cette étude examine les effets, sur la situation nutritionnelle, la santé de la population et les dépenses de santé, d'une extension de la TVA à un éventail de produits alimentaires plus nombreux, en Grande Bretagne⁸. Elle fait suite à l'étude de T Marshall (voir fiche) : les auteurs examinent les effets de son modèle sur la base des données qui avaient fait défaut pour son article quelques années plus tôt concernant les élasticités prix (propres et croisées). Ces données en changent considérablement les résultats.

L'étude repose sur un modèle prenant en compte les données de consommation et les élasticités (dont on ne détaillera pas les modalités d'ajustements nécessitées par la configuration des données). Les données de base concernant la consommation et les élasticités sont celles du « *National Food survey of Great Britain* »; les données sur l'impact du sel et des matières grasses sur la santé proviennent de méta analyses antérieures. Le modèle suppose que les apports alimentaires proviennent à 75 % des produits correspondant aux achats du ménage – hors alcool - (les autres apports énergétiques provenant de repas pris hors domicile, non affectés par l'instauration d'une taxe).

Trois régimes de taxe sont examinés :

- Taxation au taux normal de TVA de 17,5 % des principales sources de matières grasses saturées dans l'alimentation ; il s'agit ici de se rapprocher le plus possible des hypothèses de T. Marshall à partir des nomenclatures de produits disponibles et des données chiffrées concernant ces produits. Les 4 catégories retenues sont le lait entier, le fromage, le beurre, les gâteaux pâtisseries et biscuits.
- Taxation au taux normal de TVA de 17,5 % des aliments considérés comme « mauvais pour la santé » selon l'échelle « SSCg3s » (profils nutritionnels) mise au point sous l'égide des pouvoirs publics. Sont retenues : toutes les matières grasses, les sucres et conserves, tous produits céréaliers, le jambon et le bacon, et quelques autres catégories de viande, le fromage et quelques produits laitiers.
- Taxation au taux normal de 17,5 % en cherchant à la fois à maximiser le produit de la taxe et à minimiser les coûts supplémentaires pour le consommateur. La recherche des meilleurs résultats possible, par tâtonnements successifs avec le modèle conçu par les auteurs, conduit à sélectionner des produits légèrement différents du régime précédent : la liste inclut en plus le lait entier et allégé, et n'inclut pas les céréales de petit déjeuner.

Les principaux résultats de l'étude sont les suivants :

- Taxer seulement les principales sources de matières grasses alimentaires ne réduirait pas l'incidence des maladies cardiovasculaires, principalement parce que la réduction des apports en matières grasses saturées est contrebalancée par la consommation de sel. Les auteurs ont également examiné les résultats du modèle construit par T Marshall en y introduisant les données désormais disponibles sur les élasticités. D'après les données empiriques, les élasticités apparaissent nettement inférieures à ce que T. Marshall avait supposé. Par ailleurs, ces mêmes données suggèrent que la substitution aux produits taxés d'autres produits contenant également beaucoup de matières grasses est importante. Enfin, le modèle de Mytton et al diffère de celui de Marshall car il prend en compte l'impact croisé de la taxe sur les apports en d'autres nutriments (sel, acides gras polyinsaturés). La taxation aurait pour effet d'accroître ces apports, de sorte que les effets positifs d'une réduction de graisses saturées sur la santé seraient

⁸ La TVA, au taux de 17,5, ne pesait en 2007 que sur certains produits alimentaires incluant la confiserie, les crèmes glacées, les « *savoury snacks* » et la plupart des boissons et aliments vendus en général dans boutiques de vente à emporter.

en réalité plus que « compensés » par ces derniers, et qu'au total, la taxation aurait un effet négatif sur la santé (augmentation de la mortalité).

- Taxer les produits « mauvais pour la santé » pourrait réduire la mortalité de 2300 morts par an, principalement par réduction de l'apport en sel ;
- Taxer un plus large éventail de produits pourrait éviter au Royaume Uni jusqu'à 3200 morts par maladies cardiovasculaires par an (soit une réduction de cette mortalité de 1,7 %).

Plus généralement, les auteurs considèrent qu'une « fat tax » soigneusement ciblée pourrait produire des effets modestes mais significatifs sur la consommation alimentaire et une réduction des maladies cardiovasculaires. Ils attirent toutefois l'attention sur la prudence dont il convient de faire preuve en matière « d'effets croisés » de substitution, difficiles à prédire. Ces derniers peuvent produire avoir un impact indésirable. Ainsi, différentes simulations ont montré par exemple que réduire la consommation de graisses saturées peut conduire non seulement à augmenter la consommation de sel, mais à réduire également celle de fruits.

Ils conseillent d'interpréter avec prudence leurs propres résultats, qui n'ont pu tenir compte des effets de changements de prix sur d'autres nutriments ainsi que d'autres éléments fragiles : les réductions de mortalité sont grossièrement estimées, une partie des achats de produits alimentaires n'est peut-être pas consommée dans le ménage, la répartition par produits peut poser des problèmes, d'autres facteurs que les prix peuvent influencer sur les achats alimentaires.... Ils soulignent enfin que la consommation alimentaire est peu sensible en général aux modifications de prix, ce qui offre des opportunités réduites pour la mise en place d'une taxation, et précisent qu'ils n'ont pas étudié spécifiquement les effets sur la population à bas revenus.

S. Smed, J. D. Jensen, S. Denver : “Socioeconomic characteristics and the effect of taxation as a health policy instrument”. ScienceDirect, Food Policy, Mars 2007

Plusieurs études de la même équipe de recherche, antérieure à celle présentée ici sont citées dans la littérature. Elles vont dans le même sens : effet modeste d’une taxe sur la consommation qu’on veut réduire et effets de substitution qui peuvent se traduire par une augmentation peu souhaitable de la consommation d’autres produits. Exemple : une taxe (0,84 €/par kg) sur les sucres simples réduit modestement la part des sucres dans l’apport calorique (- 0,6 % à - 1,6 %) mais augmente celle de lipides saturés (+ 0,2 % à + 0,5 %).

Le modèle mis au point par les auteurs permet de faire des simulations. Certaines de ces simulations sont réalisées dans le but de trouver une solution qui évite les « effets indésirables » d’une taxation. Il est à noter que les données nutritionnelles, yc. par catégories sociales, sont proches en France et au Danemark. Comme en France, la situation au Danemark s’est un peu améliorée dans les dernières années, à la suite notamment de campagnes d’éducation nutritionnelle, mais des progrès restent à faire, notamment en ce qui concerne la consommation de fibres, insuffisante, et de produits gras, excessive.

En examinant les résultats de plusieurs scénarios, cette étude danoise récente compare les effets d’une taxe sur les ménages appartenant à des catégories sociales et des groupes d’âge différents.

L’étude identifie d’abord des élasticités-prix, calculées selon un modèle économétrique de demande, en utilisant les données (janvier 1997- décembre 2000) d’une enquête permanente concernant les achats de produits alimentaires des ménages (de type recueil TNS - SECODIP⁹). Sont ensuite identifiés les nutriments absorbés, en utilisant une « table de conversion en nutriments » des aliments accessibles sur le marché danois (Danish Food Database – 2005).

Plusieurs scénarios sont examinés : les uns simulent l’effet d’une taxe (ou d’une subvention) concernant certaines catégories d’aliments, les autres une taxe (ou une subvention) portant directement sur les nutriments, une troisième catégorie combine taxes et subventions de sorte que l’opération demeure globalement « neutre pour les finances publiques ». Les résultats examinés portent sur les changements de consommation des différents nutriments dont on cherche à favoriser (fibres) ou à réduire (acides gras saturés, sucre) la consommation.

5 scénarios de base

- 1- Taxation de la viande grasse (Beuf et porc), du beurre et du fromage – (augmentation de prix de 5%)
- 2- Réduction de la TVA sur les fruits et légumes frais, les pommes de terre et les produits céréaliers de 22 à 25% (réduction de prix de 2%)
- 3- Taxe sur les graisses saturées (par kg)
- 4- Subventions / fibres (par kg)
- 5- Taxe sur les sucres (par kg)

3 scénarios neutres pour les finances publiques combinant les scénarios précédents :

- 6- Combinaison des scénarios 1 et 2
- 7- Combinaison des scénarios 3 et 4
- 8- Combinaison des scénarios 3, 4 et 5

⁹ Avec les mêmes limites : prise en compte très partielle des achats dans le commerce de voisinage, pas de prise en compte des « ventes à emporter », mais aussi des boissons (avec ou sans alcool.).

Les élasticités prix et les changements de consommation induits par l'application de ces scénarios sont comparées pour cinq catégories sociales et six classes d'âges.

1- Les élasticités-prix varient selon les catégories sociales et l'âge – et selon les types de produit.

Le tableau suivant¹⁰ rend compte de ces variations par catégories sociales et produits. Les catégories sociales les plus désavantagées sont plus sensibles aux prix pour tous les produits, et les deux dernières classes sont les plus sensibles – résultats cohérents avec ceux d'études conduites dans d'autres pays sur différents produits. [Seules deux études de 1996 et 2002 ayant adopté une présentation plus agrégée des catégories de produits alimentaires, trouvent des élasticités équivalentes pour les ménages au-dessus et au-dessous du seuil de pauvreté. Ce résultat pourrait signifier qu'en cas de hausse des prix de certains produits, les ménages à bas revenus privilégieraient des substitutions entre les produits de la même « grande catégorie »].

Tableau 1 : élasticités prix par catégories sociales (Danemark)

Catégorie sociale	beurre	margarine	bœuf	porc	volaille	sucré	fruits	légumes
1	1,10	1,56	-0,73	-1,11	-0,87	-0,87	-0,37	-1,03
2	-1,58	-1,86	-0,59	-0,37	-0,76	-1,02	-0,84	-1,21
3	-1,20	-1,76	-0,89	-1,05	-0,86	-1,01	-1,20	-1,18
4	-1,38	-2,07	-1,87	-1,43	-1,42	-1,02	-1,27	-1,30
5	-1,55	-1,98	-1,80	-2,00	-1,87	-1,03	-1,22	-1,47

L'impact d'une hausse des prix est plus important pour les catégories situées au bas de l'échelle sociale¹¹. Les ménages les plus aisés ne réagissent guère aux changements de prix – voire même augmentent leur consommation (beurre) ;

2- Résultats des scénarios :

- Une taxation directe des *nutriments* sur la demande a des effets plus importants sur les variables nutritionnelles qu'une taxation des *aliments*, ici mise en œuvre via la TVA.
- Une taxe portant sur une seule catégorie d'aliments/ nutriments atteint généralement ses objectifs pour le nutriment visé, mais peut avoir un impact éventuellement *non désiré voire indésirable* sur la demande d'autres aliments/ nutriments (par suite du jeu complexe d'effets revenus ou d'effets de substitution et de complémentarité). Les scénarios 6 et 7 provoquent un accroissement de la demande de sucre, par exemple, ce qui a conduit à les compléter en ajoutant une taxe sur les produits sucrés (scénario 8).
- Ces mesures induisent, sur le niveau d'imposition des produits alimentaires ou sur le produit fiscal, des changements qui peuvent être également indésirables d'un point de vue fiscal et budgétaire. C'est la raison pour laquelle des scénarios « neutres » ont été introduits. Mais à l'inverse, ces scénarios « neutres » peuvent induire des effets indésirés sur la demande de certains nutriments...

L'examen des résultats des scénarios 6, 7 et 8, qui combinent subventions et taxation, suscite les analyses suivantes :

- Les dépenses alimentaires diminuent au total pour toutes les catégories sociales sauf la classe 1, et en particulier pour les deux classes du bas de l'échelle sociale.
- Les classes sociales du bas de l'échelle sociale bénéficient le plus nettement d'une amélioration de leur régime alimentaire, en général.

¹⁰ Dans lequel la consommation de chaque produit est supposée indépendante de celle des autres produits.

¹¹ Les « catégories sociales » ne sont pas les mêmes qu'en France ; dans cette étude, elles sont hiérarchisées de 1 à 5 en tenant compte de la profession, du niveau d'études et de différentes autres variables. La classe 5 se trouve au bas de cette échelle, la classe 1, en haut.

- Mais les effets ne sont pas « ciblés » de façon adéquate sur les catégories qui « mangent mal », mais sur :
 - o les ménages d'âge moyen pour le sucre, alors que la consommation excessive de produits sucrés concerne les plus jeunes,
 - o les ménages jeunes pour les produits gras, alors que ce sont surtout les plus âgés qui mangent « trop gras ».

L'outil fiscal, qui s'applique uniformément pour tous, ne permet donc pas de ciblage fin sur des groupes « à risque ». Les auteurs soulignent le fait que d'autres travaux montrent que les prix peuvent même constituer un *obstacle* à une amélioration de l'alimentation (Darmon et al. 2002, Cade et al 1999, Lennernas et al. 1997).

- Dans certains scénarios, des effets collatéraux indésirables ont été être observés. Ils peuvent être évités par des mesures simultanées impactant *les prix d'un ensemble de catégories de produits alimentaires (ou de nutriments)*, qui sont recommandées par les auteurs, après étude fine des impacts respectifs de ces différentes mesures.

Trois remarques, enfin : les simulations réalisées supposent toutes que les effets d'une taxe sur les prix sont entièrement transmis au consommateur. Une transmission complète est plus probable pour une taxe que pour une subvention (qui peut en partie servir à améliorer le profit tiré de l'activité...). Par ailleurs, les simulations n'ont pas tenu compte des coûts de gestion respectifs des dispositifs fiscaux ; or une taxe spécifique est plus coûteuse de ce point de vue qu'une variation de TVA : c'est un facteur qu'il conviendrait de prendre en compte. De même, il conviendrait de comparer les effets respectifs de l'outil fiscal et d'autres outils (campagnes) et de s'assurer qu'ils peuvent interagir en renforçant leur efficacité respective.

Fred Kuchler, Abebayehu Tegene, J. Michael Harris : « *Taxing snack foods : manipulating diet quality or financing information programs ?* » Review of agricultural economics – vol 27 number 1 – 2004.

L'estimation porte sur l'effet d'une taxe sur les aliments de « snacking » aux Etats-Unis. Elle comporte une estimation des fonctions de demande (variation selon la taille du ménage, la présence d'enfants, l'appartenance ethnique, la région...). L'étude montre que la demande est très faiblement élastique par rapport aux prix, après prise en compte des variations de qualité.

Sur le « snacking salé », plusieurs scénarios (taxe de 1 %, 10 % ou 20 % portant sur divers segments du marché) sont explorés.

Les impacts sur la qualité nutritionnelle de l'alimentation sont faibles : une taxe au taux de 20 % sur les produits de snacking salés entraînerait par exemple une réduction de 800 kcal par an et par personne. Avec des taux plus bas, les impacts sont négligeables.

Le produit de la taxe (dont l'estimation s'élève à 500 à 700 millions de \$ pour une taxe de 20 % sur l'ensemble de ces produits) pourrait en revanche être utilisé pour faire de l'éducation sanitaire.

Michaël F Jacobson, Kelly D Brownell : “*Small taxes on soft drinks and snack foods to promote health*”, American journal of public health, Juin 2000

Le fil directeur est ici la recherche de ressources budgétaires pour financer des programmes de promotion de la santé dans l’objectif de faire contrepoids aux campagnes publicitaires pour lesquelles l’industrie agro alimentaire dégage des sommes colossales aux Etats Unis (par exemple, 600 fois plus importantes pour le seul secteur des « soft drinks », que les dépenses médiatiques de l’institut du cancer pour la campagne « 5 fruits et légumes »).

Or, dix-huit Etats américains et une grande ville, lèvent un impôt sur les « soft drinks », la confiserie, le chewing gum, ou les aliments de snacking. Sous la pression de l’industrie des soft drinks, plusieurs d’entre eux auraient récemment supprimé la taxe ou en auraient réduit le taux. Les auteurs dressent un tableau général des taxes existantes [on rappelle que les comparaisons avec la France sont difficiles : il n’y a pas de TVA aux Etats-Unis ; la taxation des biens de consommation s’établit, selon une configuration et avec des taux variables selon les Etats, au moment de la vente au consommateur (« sales taxes »)]. Au total, les taxes sur les soft drinks, la confiserie et les produits de snacking rapportent 1 milliard de \$.

Considérant qu’une forte taxe rencontre de fortes objections, l’auteur s’appuie sur les exemples existants et plaide pour une « petite taxe » de niveau national (fédéral ?), politiquement acceptable et rapportant tout de même un produit substantiel. C’est justement parce qu’une petite taxe ne modifierait guère les comportements des consommateurs qu’elle pourrait avoir un produit élevé.

Au passage, les auteurs soulignent la complexité de ce type de taxation (définition des produits taxés), et plaident aussi pour la simplicité. Ils estiment (sans faire appel à des méthodes formalisées semble-t-il) à 1,5 milliard de \$ par an le produit que pourrait générer une taxe de 1 cent pour 12 onces de soft drink, et à 70 millions de \$ 54 millions de \$ et 190 millions de \$ respectivement, une taxe de 1 cent par livre de confiserie, de chips et autres produits de snacking, de produits gras et huiles.

Les résultats d’un sondage montrent qu’une telle action serait acceptée, aux Etats-Unis, par 45 % des adultes.

Hayley H. Chouinard, David E Davis, Jeffrey T. LaFrance, Jeffrey M. Perloff : « *Fat taxes : big money for small change* » Working paper for the Department of Agricultural and Resource Economics and Policy, novembre 2006.

Les auteurs s'intéressent aux produits laitiers car ces derniers fournissent plus de la moitié de la consommation en lipides dans un cadre domestique aux Etats-Unis, et sont notamment une source de lipides saturés nocifs pour la santé.

Ils estiment un système de demande pour ces produits, et simulent les effets de diverses « fat taxes » sur la consommation de produits pour différents groupes de consommateurs ainsi que les effets de substitution entre produits. Les sources de données limitent l'investigation aux achats en supermarché pour la consommation domestique. Pour construire une taxe « comportementale », analogue à la taxe sur le carbone, pénalisant (et visant à décourager) une production défavorable à l'environnement, on simule une taxation des produits *ad valorem* en fonction du pourcentage de lipides qu'ils contiennent.

Les effets sur la consommation seraient très limités. Une taxe de 10 % sur le contenu en lipides aurait pour résultat une réduction de la consommation en lipides de moins de 0,86 %. Une variation si faible n'aurait sur les calories absorbées (réduction de 6 kcal de la ration journalière ; pour une taxe de 50 %, la réduction serait de 30 kgal) comme sur la masse corporelle, aucun effet qu'on puisse considérer comme sensible, sachant que pour une personne « moyenne », seule une diminution de 100 kgal pendant un mois peut se traduire par une réduction de poids de 500 g.

Les auteurs considèrent donc, en tous cas à court terme, l'outil fiscal comme un outil inefficace en termes de santé publique,

Par ailleurs les auteurs considèrent l'outil fiscal comme un outil « extrêmement régressif », car leurs calculs montrent que les personnes âgées et les pauvres subiraient une réduction de leur pouvoir d'achat bien plus importante que les consommateurs plus jeunes et plus riches. En effet, ils calculent qu'une taxe de 10 % réduirait directement le pouvoir d'achat d'une famille « moyenne » (par l'âge, le nombre de membres, l'ethnie ...) : de 0,24 % pour un revenu annuel de 20 000 \$, de 0,15 % à 30 000 \$, de 0,10 % à 40 000 \$, de 0,077 % à 50 000 \$, de 0,024 % à 100 000 \$. Globalement, les auteurs estiment au niveau national la perte de pouvoir d'achat que subiraient les ménages à 4,48 milliards de \$.

Le produit de la taxe, en revanche, ne serait pas négligeable : les auteurs l'évaluent à 4,45 milliards de \$ pour une taxe de 10 % (toujours *ad valorem* sur le pourcentage de lipides).

Un tableau complet de la législation des Etats américains et des projets de lois concernant les produits alimentaires contenant du sucre et des lipides est joint à l'article en annexe.

Bibliographie complémentaire :

- Danish academy of technical sciences : “*Economic nutrition policy tools – useful in the challenge to combat obesity and poor nutrition ?*” December 2007.
- Hayley H Chouinard, David E Davis, Jeffrey T LaFrance, Jeffrey M. Perloff (Washington state university, US department of agriculture, University of California, Berkeley) : « *The effects of a fat tax on dairy products* », September 2005.
- Andrew Leicester, Frank Windmeijer : « *The fat tax : economic incentives to reduce obesity* », Institute for fiscal studies, UK, briefing note n°49.
- France Caillavet “Are there food markers for low income households in France ? The fruits and vegetable consumption”, January 2006.
- Simone A. French, Robert W. Jeffery, Mary Story, Kyle K. Breitlow, Judith S. Baxter, Peter Hannan, M. Patricia Snyder: “Pricing and promotion effects on low-fat vending snack purchases : the CHIPS study”, American journal of public health, January 2001.
- Christiane Schroeter, Jayson Lusk, Wallace Tyner : “Determining the impact of food price and income changes on body weight”, Journal of health economics, Science direct 2008-27.
- Patrice Bertail and France Caillavet : “*Fruit and vegetable consumption patterns: a segmentation approach*” American journal of agricultural economics, 2008.