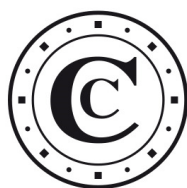


Cour des comptes



LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ

Communication à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale

Novembre 2019

Sommaire

PROCÉDURES ET MÉTHODES.....	5
SYNTHÈSE	7
RECOMMANDATIONS.....	15
INTRODUCTION.....	17
CHAPITRE I UNE STABILISATION GLOBALE DE L’OBÉSITÉ MAIS DE FORTES DISPARITÉS SOCIALES.....	21
I - UNE STABILISATION DE L’OBÉSITÉ ENCORE INSUFFISAMMENT DOCUMENTÉE.....	21
A - Une stabilisation de la prévalence.....	21
B - Des données insuffisantes	23
II - DES FACTEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES QUI AUGMENTENT LE RISQUE D’OBÉSITÉ.....	26
A - De fortes disparités socio-économiques et territoriales.....	26
B - Les départements d’outre-mer cumulent les facteurs de risque	30
III - DES COÛTS SOCIO-ÉCONOMIQUES ENCORE MAL CONNUS	31
CHAPITRE II UNE POLITIQUE VOLONTARISTE MAIS MAL COORDONNÉE.....	35
I - UN PILOTAGE NATIONAL À RENFORCER	35
A - Un programme national nutrition santé mis en œuvre principalement par le ministère de la santé.....	35
B - Les plans des autres ministères	38
C - Une gouvernance nationale trop faible pour rendre des arbitrages	40
II - UN PILOTAGE RÉGIONAL HÉTÉROGÈNE ET DISPERSÉ.....	45
A - Des partenariats multiples entre les agences régionales de santé, les acteurs locaux et les collectivités territoriales	45
B - Au niveau déconcentré, un pilotage interministériel défaillant	48
CHAPITRE III UNE POLITIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ PLUS DYNAMIQUE MAIS UNE RÉGULATION DE L’OFFRE ALIMENTAIRE INSUFFISANTE.....	51
I - UNE POLITIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ NUTRITIONNELLE MIEUX CIBLÉE.....	52
A - Des campagnes d’information qui se modernisent	52
B - L’impact des actions d’information et de communication est encore difficile à mesurer avec précision	54
II - UNE RÉGULATION DE L’OFFRE ALIMENTAIRE À RENFORCER.....	56
A - Les mesures prises pour améliorer la qualité nutritionnelle des aliments ont un impact limité.....	57
B - La régulation actuelle de la distribution alimentaire est quasi-inexistante	63
C - Une autorégulation en matière de publicité alimentaire à destination des enfants insuffisante	64
III - UNE INFORMATION DU CONSOMMATEUR QUI S’AMÉLIORE PROGRESSIVEMENT GRÂCE AU NUTRI-SCORE.....	68
A - La lente mise en place de l’étiquetage nutritionnel.....	68
B - La généralisation des outils numériques, une perspective prometteuse pour mieux protéger le consommateur	72

CHAPITRE IV UNE PRISE EN CHARGE LIMITÉE, MALGRÉ LES EFFORTS ENGAGÉS	77
I - DES PRISES EN CHARGE PLUS STRUCTURÉES À RENDRE EFFECTIVES	77
A - La prise en charge des enfants a fait l'objet d'un effort d'organisation	78
B - La prise en charge des adultes atteints d'obésité sévère a bénéficié des mesures du plan obésité, mais reste caractérisée par un recours excessif à la chirurgie	83
C - Un apport incontestable des centres spécialisés de l'obésité, qui peinent cependant à assurer une mission de coordination territoriale	87
D - Une éducation thérapeutique du patient cantonnée au domaine hospitalier	89
E - Des délégations de tâches à encourager davantage	90
II - UN ACCÈS À CERTAINS SOINS LIMITÉ, DES EXPÉRIMENTATIONS QUI SE DÉVELOPPENT TROP LENTEMENT	91
A - Un accompagnement diététique, psychologique et à l'activité physique adaptée peu accessible aux patients	92
B - Des expérimentations sur la base de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018 qui peinent à se mettre en place et à l'échéance trop lointaine	95
CONCLUSION GÉNÉRALE	103
LISTE DES ABRÉVIATIONS	105
ANNEXES	107

Procédures et méthodes

Au sein de la Cour, les travaux sont réalisés par l'une des six chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour, ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes : l'indépendance, la contradiction et la collégialité. L'indépendance institutionnelle des juridictions financières et statutaire de leurs membres garantit que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation. La contradiction implique que toutes les constatations et appréciations ressortant d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Leur rapport d'instruction, comme leurs projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une chambre ou une autre formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

**

En application de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières, la Cour des comptes a été saisie le 12 décembre 2018 par le président de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale d'une demande d'enquête relative à la prévention et à la prise en charge de l'obésité, à laquelle le Premier président de la Cour des comptes a répondu par courrier du 14 décembre 2018¹.

L'enquête a été confiée à la 6^{ème} chambre. Elle a été notifiée au secrétariat général du ministère des solidarités et de la santé ainsi qu'à ses quatre directions principalement concernées (direction générale de la santé, direction générale de l'offre de soins, direction de la sécurité sociale, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), à la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), à la Haute Autorité de Santé (HAS), à l'Agence nationale de santé publique (ANSP), à l'institut national du cancer (INCa), à l'agence technique de l'hospitalisation (ATIH), à l'institut national de recherche agronomique (INRA), à l'agence nationale de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), à la direction du budget, à la direction des finances publiques, au ministère des sports (direction des sports), au ministère de l'agriculture (direction générale de l'alimentation), au ministère de l'éducation nationale (direction générale de l'enseignement scolaire).

¹ Ces courriers figurent en annexe n° 1.

Des notifications complémentaires ont été adressées à la direction générale des douanes et des droits indirects (le 18 décembre 2018), à la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (le 5 mars 2019), au directeur de l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES, le 5 mars 2019), et au président du Conseil supérieur de l'audiovisuel (le 5 mars 2019).

Les représentants des administrations et organismes ayant reçu notification de l'enquête, ont été destinataires de questionnaires. Des réunions de travail ont eu lieu avec la plupart d'entre eux. Ont également été sollicités des professionnels et des experts ainsi que des associations.

L'analyse des situations régionales s'est appuyée sur un questionnaire adressé à l'ensemble des agences régionales de santé (ARS). Trois d'entre elles ont fait l'objet d'une étude plus approfondie et de visites de terrain : l'Île-de-France, en raison de l'importance du bassin de population et des inégalités très marquées qui la caractérisent sur le plan de la prévalence de l'obésité ; les Hauts-de-France, qui cumulent également de forts taux d'obésité, des inégalités socio-économiques et des difficultés d'accès aux soins ; La Réunion, qui illustre la situation particulièrement préoccupante des départements d'outre-mer avec une croissance rapide des taux d'obésité, notamment chez l'enfant. Dans chacune des régions, les rapporteurs ont rencontré les ARS, les autres services déconcentrés, et des acteurs de terrain, tant de la prévention que du soin.

Les comparaisons internationales ont fait l'objet d'analyses documentaires de différentes sources et d'un déplacement en Angleterre.

Un relevé d'observations provisoires a été communiqué aux fins de contradiction dans son intégralité à huit destinataires le 19 juillet et sous forme d'extraits à treize destinataires, le 22 juillet 2019.

Des auditions ont été organisées le 18 septembre 2019 avec la direction générale de la santé, la direction générale de l'offre de soins, la direction de la sécurité sociale, la caisse nationale d'assurance maladie, les directions de trois agences régionales de santé (Occitanie, Nouvelle Aquitaine, Auvergne Rhône-Alpes), l'association nationale des industries agroalimentaires, et la fédération du commerce et de la distribution.

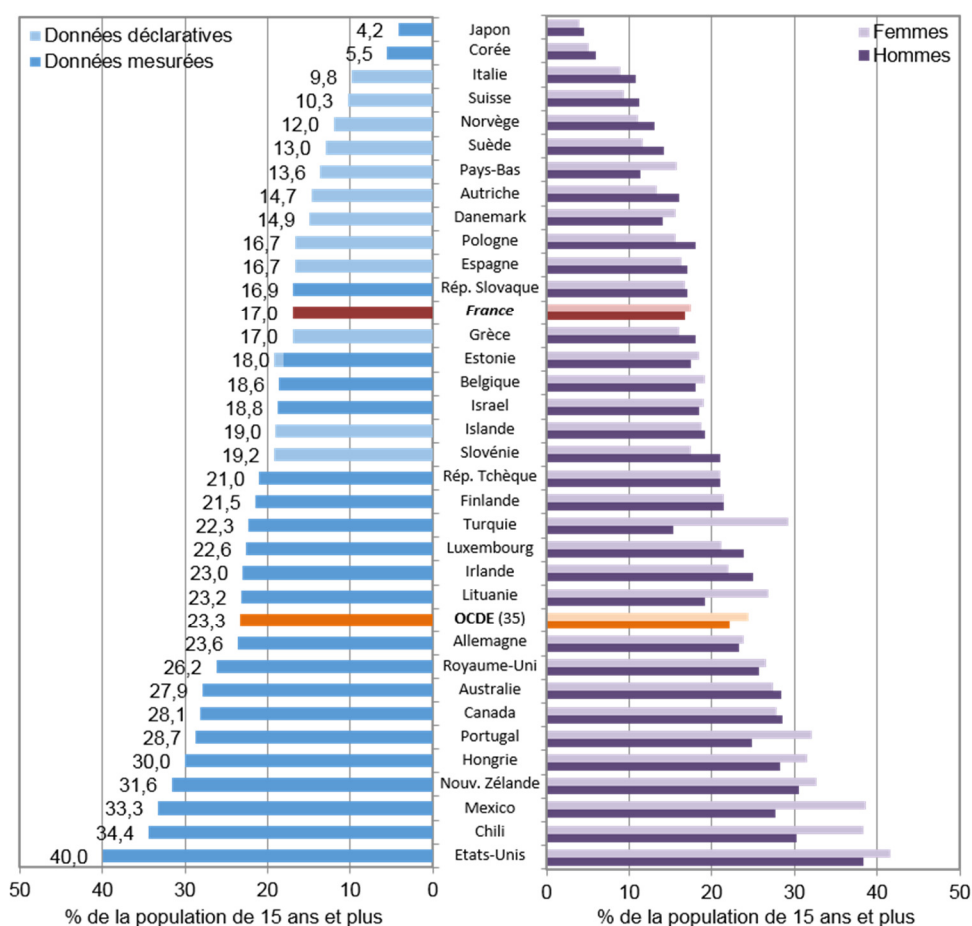
Le présent rapport, qui constitue la synthèse définitive de l'enquête de la Cour, a été délibéré le 25 septembre 2019 par la sixième chambre, présidée par M. Morin, président de chambre, et composée de Mmes Bouzanne des Mazery, Hamayon, Latere, et Saliou, conseillères maîtres, de MM. de la Gueronnière, Brunner et Feltesse, conseillers maîtres, M. Selles conseiller maître étant contre rapporteur, les rapporteurs étant Mme Lucioli, conseillère référendaire en service extraordinaire, et Mme Méadel, conseillère référendaire.

Le projet de rapport a été examiné et approuvé le 29 octobre 2019 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Migaud, Premier président, Mme Moati, M. Morin, Mme Pappalardo, rapporteure générale du comité, MM. Andréani et Terrien, Mme Podeur, M. Charpy, présidents de chambre, et Mme Hirsch de Kersauson, procureure générale, entendue en ses avis.

Synthèse

Le surpoids et l'obésité² touchent actuellement près de deux milliards d'individus dans le monde et sont à l'origine de 2,8 millions de décès chaque année. Aujourd'hui, un Français sur deux est en surpoids et un sur six est obèse ; si le taux de prévalence³ de l'obésité en France (17 % pour les adultes) est inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE (23,3 %), il est supérieur à celui de l'Italie (9,8 %) et à celui de la Suède, de la Suisse ou encore de la Norvège. La France est également touchée par cette « épidémie mondiale », selon les termes même de l'Organisation mondiale de la santé.

Graphique n° 1 : prévalence de l'obésité « adultes » (%) au sein des pays de l'OCDE



Source : OCDE (2018), *Health Statistics 2018* (données 2016 ou année la plus proche).

² Cf. définitions annexe n° 2.

³ La prévalence d'une maladie se définit comme le nombre de cas de maladies enregistrés pour une population déterminée et englobant aussi bien les nouveaux cas que les anciens cas.

Une stabilisation globale de l'obésité, mais de fortes disparités sociales

Si, entre les années 90 et le début des années 2000, la prévalence de l'obésité a doublé en France, elle s'est globalement stabilisée à partir de 2005 ; néanmoins, la situation s'est aggravée en ce qui concerne les inégalités socio-économiques et territoriales.

La connaissance de la situation épidémiologique repose essentiellement sur l'étude nationale nutrition santé (ENNS), réalisée par l'Institut national de veille sanitaire (InVS) en 2006, et sur l'Étude de SanTé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition (Esteban) de 2016, réalisée par Santé Publique France (SPF). La plus récente, l'étude Esteban, a montré que la corpulence moyenne de la population française n'avait pas connu d'évolution significative ces 10 dernières années, qu'il s'agisse des adultes ou des enfants.

Les outils de surveillance des taux de prévalence de l'obésité sont cependant incomplets : ces enquêtes nationales, trop espacées dans le temps, ne permettent pas de réaliser de analyses fines, ni sur le plan territorial, ni sur l'impact de l'environnement socio-économique. Les dernières données régionales disponibles remontent à 2012 ; elles sont issues de l'enquête triennale ObEpi⁴ financée par les laboratoires Roche, qui a été interrompue depuis faute de financement. Cette enquête faisait apparaître que les taux de prévalence de l'obésité étaient plus élevés que la moyenne nationale dans quatre régions, le Nord-Pas-De-Calais, (taux de 21,3 %), le Nord-Ouest, le Sud-Est et le Sud-Ouest.

D'autres études menées sur les enfants en milieu scolaire ou sur des cohortes de patients inclus dans des études plus générales, ou encore des enquêtes menées par certaines régions, ont mis en évidence une aggravation des divergences des niveaux de surpoids et d'obésité selon les catégories sociales. La prévalence du surpoids (obésité incluse) est ainsi plus élevée chez les personnes les moins diplômées, et en particulier les femmes, parmi lesquelles le niveau d'obésité est plus sévère. Celle de l'obésité est beaucoup plus élevée chez les enfants d'ouvriers que chez les enfants de cadres.

Ainsi, dans les études menées par l'agence nationale de sécurité sanitaire, alimentation, environnement, travail (ANSES) et Santé publique France (SPF), en 2006 et en 2014, qui renseignent sur les comportements alimentaires, la sédentarité et l'activité physique, il apparaît que l'activité physique a significativement baissé chez les femmes et les enfants alors que, simultanément, le temps passé devant les écrans a considérablement augmenté, passant de 3h10 par jour à 5h07 pour les adultes entre 2006 et 2015, et de 26 minutes à plus de 2 heures pour les enfants sur la même période. L'activité physique est plus fréquente chez les personnes diplômées de l'enseignement supérieur que dans la population générale.

Parmi les bénéficiaires de l'aide alimentaire, la prévalence de l'obésité est une fois et demie celle de la population générale. Les départements d'outre-mer, cumulant consommations alimentaires déséquilibrées, précarité et moindre accès aux soins, sont particulièrement touchés par le surpoids et l'obésité. Leur situation est d'autant plus préoccupante que les taux de prévalence sont élevés parmi les enfants et les jeunes.

⁴ Cette enquête, cofinancée par les laboratoires Roche, menée à partir d'un échantillon de la population issus de la base permanente de Kantar Health, a été menée tous les trois ans par l'Inserm pendant 15 ans.

La nécessité de prévenir l'obésité pour mieux en limiter les effets est d'autant plus justifiée que l'obésité est associée à de nombreuses pathologies dont les principales sont le diabète de type 2⁵ (dans 80 % des cas associé à une obésité), l'hypertension artérielle, l'excès de lipides dans le sang, les atteintes cardiovasculaires, le syndrome d'apnée du sommeil et d'autres maladies respiratoires, ainsi que des maladies articulaires. Elle a par ailleurs un important retentissement psychologique et social, induit notamment par la discrimination, y compris dans les soins : elle constitue en particulier un terrain favorable aux troubles dépressifs. Elle augmente également les risques liés à la chirurgie et à la grossesse. Enfin, le rôle de l'obésité dans le développement des cancers a été récemment mis en évidence par de nombreuses études : selon le Centre international de recherche sur le cancer, les facteurs nutritionnels⁶ dans leur ensemble (alimentation, surpoids et obésité, activité physique et alcool) sont liés à 16 % des nouveaux cas de cancer chez les hommes et 20 % chez les femmes⁷. Il en résulte que le coût global de l'obésité est important pour le système de santé.

L'évaluation précise de l'obésité est cependant difficile du fait de l'absence, en France, d'étude médico-économique récente sur ce thème et du manque de données produites sur ce sujet par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). L'unique référence disponible est une étude réalisée par la direction générale du Trésor en 2016, à partir de données de l'année 2012. Elle faisait état d'un coût social de la surcharge pondérale avoisinant 20 Md€, soit 1 % du produit intérieur brut (PIB). L'actualisation de ces données pour l'année 2014 porte ce coût à 21,9 Md€⁸. Reposant pour l'essentiel sur un modèle de calcul des surcoûts générés par les patients obèses datant de 2002, ses conclusions doivent toutefois être prises avec prudence. Elles donnent cependant un ordre de grandeur de l'importance du coût de l'épidémie.

Parmi des pays comparables à la France, on relève qu'au Royaume Uni les coûts de l'obésité, pour le *National Health Service* (NHS), sont estimés à 6,1 milliards de livres (coûts directs en soins en 2014 et 2015) et à 27 milliards au total si on y ajoute les coûts indirects⁹. Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'étude française.

Une politique volontariste mais mal coordonnée

Pour tenter de relever le défi de l'obésité, véritable enjeu de santé publique, la France s'est dotée, depuis le début des années 2000, de plusieurs programmes nationaux menés par plusieurs ministères.

⁵ Le diabète est une maladie qui se caractérise par un excès de sucre dans le sang, son niveau étant normalement régulé par la production d'insuline par le pancréas. On distingue principalement deux types de diabète : le diabète de type 1, rare, et le diabète de type 2. Le diabète de type 1 touche des personnes jeunes et résulte de la disparition de cellules du pancréas entraînant une carence totale en insuline. Le diabète de type 2, le plus fréquent (92 % des cas), apparaît généralement chez les personnes plus âgées, en lien avec le surpoids, l'obésité, et des facteurs génétiques favorisants. Il résulte d'une insuffisante production d'insuline ou d'une insulino-résistance.

⁶ La nutrition au sens de l'OMS (définition reprise par le programme national nutrition santé) englobe les questions relatives à l'alimentation (nutriments, aliments, déterminants sociaux, culturels, économiques, sensoriels et cognitifs des comportements alimentaires) et à l'activité physique.

⁷ *American Institute of Cancer Research (AICR) et World Cancer Research Fund UK (WCRF UK) 2018.*

⁸ Annexe n° 4.

⁹ *Public Health England, NHS, Health matters, obesity and the food environment*, 31 mars 2017.

Le ministère de la santé a ainsi mis en œuvre une politique nutritionnelle construite sur trois programmes nationaux nutrition santé (PNNS) successifs, placés sous le pilotage de la direction générale de la santé (DGS). De 2010 à 2013, s'y est ajouté un plan obésité (PO) axé sur l'amélioration des soins. Le programme national nutrition santé 3 (2011-2015) et le plan obésité ont été déclinés en direction des populations d'outre-mer, avec des mesures spécifiques à chacun des départements concernés. Initialement prévu pour se terminer en 2015, le PNNS 3 s'est prolongé jusqu'en 2019, englobant le plan obésité à compter de 2013. Le programme national nutrition santé 4 (2019-2023)¹⁰ a été présenté par la ministre de la santé et des solidarités le 20 septembre 2019. Il fixe comme objectif d'atteindre en 5 ans les objectifs déterminés par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), parmi lesquels figurent la diminution de 15 % de la prévalence de l'obésité chez les adultes et la diminution de 20 % de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents. Un volet spécifique en direction de l'outre-mer est aussi prévu.

En parallèle, plusieurs autres ministères ont développé des programmes pluriannuels dans le domaine de la nutrition. Le plan national santé environnement (PNSE), élaboré par le ministère chargé de l'environnement et co-piloté par le ministère chargé de la santé, a mis en place des actions complémentaires au programme national nutrition santé telles que la valorisation des mobilités actives¹¹. Le ministère de l'agriculture a mis en œuvre deux programmes nationaux pour l'alimentation (PNA) à partir de 2010, le troisième étant en cours d'élaboration. Le ministère en charge des sports est responsable, depuis 2012, du plan national sport, santé, bien-être (PNSSBE), également co-piloté par le ministère chargé de la santé, visant à promouvoir la pratique des activités physiques et sportives. Enfin, le ministère de l'Éducation nationale a mis en place des programmes nutritionnels (alimentation et éducation physique) dans le cadre du parcours éducatif de santé (PES).

Si la multiplicité des plans conduits par des ministères différents est le signe d'une mobilisation de l'État, amplifiée par les multiples initiatives des collectivités territoriales, elle génère des difficultés de lisibilité et affaiblit la cohérence et l'efficacité de l'action publique.

Ainsi, le pilotage du programme national nutrition santé par le ministère de la santé s'est révélé peu efficace. Les instances mises en place, notamment le comité de pilotage, n'ont pas été à même de rendre les arbitrages requis pour atteindre les objectifs qu'il s'était fixés. La création du comité interministériel pour la santé (CIS) en 2014, a récemment amélioré la coordination des politiques publiques de santé et devrait également jouer un rôle dans la lutte contre l'obésité.

Au niveau régional, la coordination interministérielle dans le domaine de la prévention s'est également avérée insuffisante, même après la mise en place des agences régionales de santé (ARS) en 2010. La déclinaison des plans s'est faite de manière hétérogène et a mis en évidence les difficultés de coopération entre services déconcentrés de l'État, notamment ceux responsables de l'alimentation, des sports et de l'éducation nationale.

¹⁰ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.

¹¹ Cette notion est associée au premier plan d'action mobilités actives (dit PAMA), mis en œuvre en 2014, qui a fait évoluer le partage de l'espace public. La loi de transition énergétique pour la croissance verte a encouragé l'usage du vélo pour les déplacements domicile travail en créant une indemnité kilométrique vélo.

Les ARS se sont souvent largement mobilisées, notamment par le biais des « contrats locaux de santé », et collaborent avec de nombreuses collectivités locales mais l'évaluation de l'efficacité des actions menées est délicate : elles sont diffuses, hétérogènes, engageant une multiplicité d'acteurs, parfois communes à d'autres thématiques, souvent dépourvues d'indicateurs, rendant difficile une vision d'ensemble au niveau d'une région ou d'un territoire.

Le pilotage régional pourrait être renforcé sous l'égide des directeurs généraux des agences régionales de santé, et bénéficier de l'appui du préfet pour la coordination entre les différents services déconcentrés. La faiblesse des outils de suivi et d'évaluation des actions et des financements engagés en matière de prévention du surpoids et de l'obésité, tant en administration centrale que dans les services déconcentrés de l'État, doit être prise en considération en renforçant la coordination de politiques engagées. Enfin, les politiques de prévention doivent cibler en priorité les régions les plus à risque, en termes de précarité en particulier, notamment les départements d'outre-mer, les Hauts de France et le Grand Est.

Une politique de promotion de la santé plus dynamique mais une régulation de l'offre alimentaire insuffisante

La politique de promotion de la santé nutritionnelle est mieux ciblée, notamment grâce aux actions de prévention primaire¹² développées dans le champ de la nutrition par Santé Publique France au niveau national et par les ARS au niveau régional, en lien avec les services déconcentrés responsables des autres plans (plan national sport, santé, bien-être, programme national alimentation).

Les actions nationales, notamment celles visant à améliorer les connaissances de la population en matière d'alimentation et de nutrition, ont été principalement menées par l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), intégré en 2016 à Santé Publique France. Pour les deux premiers programmes nationaux nutrition santé, elles se sont d'abord attachées à promouvoir les messages de prévention, qui ont contribué, au cours des années 2000, à améliorer le niveau de connaissance de la population en matière d'alimentation. Les principales limites de ces actions de communication « grand public » résident dans leur difficulté à toucher les groupes de personnes les plus à risque. Ces actions de communication ont, par ailleurs, un effet limité dans le temps. Ces difficultés ont conduit à faire évoluer l'approche retenue au cours des dernières années. Dans le cadre du 3^{ème} plan national nutrition santé, la stratégie de communication s'est ainsi réorganisée selon trois axes : développer les connaissances nutritionnelles de tous les publics ; renforcer la confiance des Français dans leur capacité à bien manger et à bouger davantage ; développer leurs compétences alimentaires. D'autres actions de communication ont été réalisées par d'autres ministères, et notamment le ministère chargé de l'agriculture qui a produit dans le cadre du programme national pour l'alimentation, des brochures et des kits « bien manger, c'est l'affaire de tous », depuis 2010.

Des actions de communication ont été mises en place le 22 octobre 2019 pour assurer la diffusion auprès du grand public des nouvelles recommandations alimentaires publiées en janvier 2019 par Santé publique France et fondée sur l'expertise collective menée par l'ANSES.

¹² On distingue la prévention primaire qui agit en amont de la maladie et permet d'éviter sa survenue (par exemple vaccination et action sur les facteurs de risque), la prévention secondaire qui agit à un stade précoce (dépistage) et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence.

L'impact de actions d'information et de communication est cependant difficile à mesurer avec précision et ce pour plusieurs raisons. D'une part, l'efficacité de ces actions n'est mesurable qu'à long terme, d'autre part, l'impact d'une mesure particulière par rapport à une autre est difficile à évaluer et les changements de comportements sont difficilement mesurables. Dans ces conditions, les indicateurs d'impact sont rares.

Lutter contre l'obésité repose tant sur l'encadrement des pratiques de marketing alimentaire, que sur la protection du consommateur. Or, la régulation du marketing de l'offre alimentaire repose sur les seules mesures incitatives prises ces dernières années. Pour améliorer la qualité nutritionnelle des aliments, les pouvoirs publics ont, en effet, choisi une méthode incitative reposant sur le volontariat des industries agroalimentaires dans le cadre de chartes d'engagement volontaire ou d'accords collectifs.

La mise en place de l'observatoire de la qualité des aliments (OQALI) a néanmoins permis de disposer d'un outil de suivi indispensable pour améliorer la qualité nutritionnelle des aliments, même si les règles d'exploitation et de communication des données portant sur la composition des aliments pourraient être améliorées afin de renforcer l'efficacité du suivi.

Les chartes d'engagements volontaires et les accords collectifs qui reposent sur le consensus entre les acteurs ont toutefois rapidement montré leurs limites et devraient faire place à des mesures plus directives. De la même manière, l'absence d'encadrement des stratégies de merchandising de la grande distribution, en dépit de leur impact avéré sur l'obésité, notamment des enfants, favorise les mauvais comportements alimentaires, ainsi que le démontrent les études internationales. Le faible encadrement des distributeurs automatiques qui vendent essentiellement des sodas et des confiseries ou des produits très gras dans les lieux privés et publics fréquentés par des enfants, soulève aussi la question de la protection du consommateur et de la santé publique.

Le principe de l'autorégulation en matière de publicité alimentaire à destination des enfants s'est révélé peu efficace. L'organisation mondiale de la santé (OMS), l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et la Commission européenne recommandent d'ailleurs toutes la mise en place d'un encadrement et d'une limitation du marketing en direction des enfants.

La publicité ciblant les enfants dans les programmes audiovisuels qui leur sont spécifiquement destinés n'a fait l'objet d'une mesure législative d'interdiction que depuis l'adoption de la « loi Gattolin »¹³, applicable depuis le 1^{er} janvier 2018, et limitée à l'audiovisuel public. Il conviendrait d'en élargir le champ d'application à l'ensemble des programmes audiovisuels aux heures de grande écoute et à l'ensemble des supports (numériques compris).

L'information du consommateur de produits alimentaires a fait des progrès grâce à la mise en place du Nutri-Score – logo nutritionnel simplifié, basé sur des couleurs, placé en face avant des emballages alimentaires, adopté comme le seul système nutritionnel recommandé par l'État en 2017. Ces avancées restent partielles car la généralisation du logo se heurte à

¹³ Loi du 20 décembre 2016 relative à la suppression de la publicité commerciale dans les programmes jeunesse de la télévision publique, dite « loi Gattolin ».

l'opposition d'une partie des industriels, en particulier de nombreuses entreprises multinationales, notamment celles produisant des boissons ou aliments très sucrés et/ou gras.

Parmi les autres outils destinés à agir sur la demande, le recours à l'outil fiscal est régulièrement envisagé et son effet est largement démontré dans le cas du tabac. Mis en œuvre avec la taxe sur les boissons sucrées, il a démontré son efficacité dans plusieurs pays. Une action plus résolue pourrait être envisagée, au vu d'une évaluation approfondie de son impact.

Enfin, la « loi Lurel »¹⁴, votée en 2012 pour limiter le surdosage en sucre pratiqué par l'industrie alimentaire dans les produits destinés aux départements d'outre-mer, reste inappliquée près de 7 ans après son adoption. Les conditions de son application effective doivent donc être revues.

Une prise en charge limitée, malgré les efforts engagés

Depuis le plan obésité de 2010, trois niveaux de prise en charge ont été définis : le premier repose sur le médecin traitant ; le deuxième consiste en une offre de soins spécialisée au niveau régional et infrarégional ; le troisième prévoit la prise en charge des patients atteints d'obésité sévère par des centres spécialisés de l'obésité (CSO).

S'agissant des enfants, la prise en charge reste actuellement incomplète. Le repérage et le diagnostic précoce ne sont que partiellement assurés par les services de la santé scolaire. En ville, les mesures incitatives introduites récemment en faveur des médecins traitants sont trop récentes (2017) pour que l'on puisse déjà en apprécier l'impact.

Lorsqu'un enfant obèse est diagnostiqué, il est, le plus souvent, orienté vers un réseau pédiatrique de prévention, dépistage et prise en charge de l'obésité en pédiatrie (REPOP). Pour les enfants les plus sévèrement atteints, l'apport des centres spécialisés de l'obésité est important mais ils sont loin de couvrir l'ensemble des besoins.

S'agissant des adultes, la France se caractérise par un recours excessif à la chirurgie bariatrique¹⁵ par rapport à d'autres pays, qui traduit en général des indications trop larges, pour des patients qui auraient pu bénéficier d'un traitement médical. Il commence seulement à se réduire, selon les dernières données disponibles.

L'éducation thérapeutique s'est considérablement développée au profit des patients atteints de surpoids et d'obésité mais presque exclusivement en milieu hospitalier, alors que son déploiement auprès des patients suivis en ville serait tout aussi important.

La difficulté à suivre un nombre important et croissant de patients devrait conduire à développer les délégations de tâches entre professionnels de santé, et tout particulièrement entre médecins et infirmières, fondées sur l'article 51 de la loi hôpital, patient, santé et territoires (HPST) de 2009, tant en ville, à travers le dispositif des actions de santé libérales en équipe (ASALEE), qu'à l'hôpital, par les protocoles de coopération pour le suivi des patients opérés. Ce levier est cependant insuffisamment utilisé.

¹⁴ Loi du 20 novembre 2012 relative à la régulation économique outre-mer et portant diverses dispositions relatives aux outre-mer, dite « loi Lurel ».

¹⁵ « Bariatrique » est un adjectif qui se rapporte à la bariatrie, domaine de médecine spécialisé dans le soin aux personnes souffrant d'obésité. Il est utilisé en particulier pour désigner la chirurgie de l'obésité (chirurgie bariatrique) et les transports sanitaires des personnes atteintes d'obésité sévère (transports bariatriques).

L'amélioration de l'accès aux soins et de la prise en charge précoce de l'obésité nécessiterait d'intégrer des interventions pluridisciplinaires dans le parcours de soins : consultations de diététiciens et de psychologues, qui interviennent en complément de la prise en charge médicale, et accompagnement à l'activité physique adaptée.

Les pouvoirs publics ont toutefois choisi de lancer d'abord des expérimentations dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 : elles sont cependant trop lentes à se mettre en place alors même que l'efficacité des parcours de soins reposant sur une approche pluridisciplinaire est déjà largement attestée au plan international.

Ainsi, deux expérimentations nationales sont en cours pour les enfants. La première, la « mission retrouve ton cap » vise à dépister des enfants à risque d'obésité dans la tranche d'âge de 3 à 18 ans. Elle propose une prise en charge pluridisciplinaire (c'est-à-dire diététique, psychologique et sur le plan de l'activité physique), gratuite pour les patients, d'une durée maximale de deux ans, et qui intègre l'entourage familial. Ce dispositif, qui est aujourd'hui mis en place par 33 structures et qui concerne 850 enfants, est jugé encourageant par la CNAM. La seconde, « Obépédia », est issue du plan obésité, s'appuie sur une prise en charge coordonnée et sur les centres spécialisés de l'obésité ainsi que sur les réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie. Son objectif est de tester la faisabilité d'un parcours de soins pour traiter l'obésité sévère des enfants et des adolescents. Il cible 500 000 enfants et adolescents dont 100 000 en obésité sévère. Cette expérimentation, limitée dans son ampleur, est prévue pour durer 4 ans et doit être évaluée en 2024 avant de pouvoir être, en cas échéant, généralisée. Elle a pris du retard dans sa mise en place, les crédits n'ayant pas encore été délégués au moment de l'enquête de la Cour. Pourtant, les expertises existantes depuis 2014 (cf. rapport Tauber, Ziegler et Basdevant) et l'expérience réussie des réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie justifieraient une accélération de ce type de prise en charge sanitaire sans attendre 2024.

Une action plus volontariste, passant par la généralisation rapide de parcours de soins intégrant des interventions pluridisciplinaires et adaptés aux enfants en risque d'obésité et leur prise en charge par l'assurance maladie, permettrait une meilleure prévention de l'obésité et de ses conséquences morbides, financières et économiques. Le coût pour l'assurance maladie devrait être mis en regard des bénéfices attendus pour les populations concernées et du coût indirect de l'obésité et de ses comorbidités.

Recommandations

1. Réaliser, dans le cadre de l'enquête nationale sur la nutrition prévue à l'issue du programme national nutrition santé (PNNS) 4, des analyses régionales ; prévoir, également dans le cadre du PNNS 4, des enquêtes spécifiques aux départements d'outre-mer (DOM). Définir une périodicité plus rapprochée des études nationales et régionales ainsi que des études menées en milieu scolaire (DGS, SPF, DREES, DGESCO).
2. Renforcer la coordination intersectorielle de la politique nutritionnelle au niveau régional sous l'autorité conjointe des préfets de région et des DG d'ARS (SGMAS, ARS, préfets).
3. Adopter des taux maximaux de sel, de sucre et de gras dans la composition nutritionnelle des aliments, déterminés au terme d'une concertation avec les industriels ayant participé aux accords collectifs et aux engagements volontaires antérieurs (DGAl, DGS).
4. Élargir le champ d'application de la loi Gattolin pour les produits alimentaires et par référence au Nutri-Score à tous les programmes et à toutes les chaînes audiovisuelles du secteur privé en précisant, pour le secteur public comme pour le secteur privé, et pour tous les supports audiovisuels et numériques, les horaires des émissions, les tranches d'âges, et les aliments à exclure de la publicité (DGS, DGAl, CSA).
5. Inciter les associations de consommateurs ou d'intérêt général à partager gratuitement avec le public des bases de données labellisées par Santé publique France permettant d'éclairer le choix du consommateur sur la qualité nutritionnelle des aliments (DGCCRF, DGS, DGAl, SPF).
6. Étendre le champ de l'exercice infirmier de pratique avancée à la prise en charge de l'obésité (DGOS, DSS, CNAM).
7. Organiser, sans attendre la fin des expérimentations, la prise en charge au parcours des enfants atteints de surpoids et de ceux atteints d'obésité sévère, incluant des consultations de diététicien et de psychologue ainsi que des bilans d'activité physique (DGOS, DGS, DSS, CNAM).
8. Mettre en place pour les adultes atteints d'obésité sévère une expérimentation nationale de prise en charge au parcours incluant des consultations de diététicien et de psychologue ainsi qu'un bilan d'activité physique destiné à une orientation du patient vers un dispositif d'activité physique adaptée (DGOS, DGS, DSS, CNAM).

Introduction

L'obésité est définie par un excès de masse grasse dans l'organisme, qui a des conséquences pour la santé et réduit l'espérance de vie. Les origines de l'obésité sont multiples, l'identification des facteurs impliqués dans son développement et son installation étant loin d'être achevée. Les modifications de l'alimentation et la réduction de l'activité physique jouent cependant un rôle incontestable, de même que l'augmentation du temps passé devant les écrans. Ces facteurs ne suffisent cependant pas pour expliquer entièrement l'augmentation de la fréquence de l'obésité, ni « l'inégalité » des individus vis-à-vis de la prise de poids. Une prédisposition génétique peut rendre compte de ces différences de susceptibilité individuelle à l'obésité. Le stress, le sommeil, certains médicaments, des virus, l'exposition à des polluants et l'alimentation maternelle sont également des facteurs encore à l'étude.

Le diagnostic de l'obésité repose principalement sur le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC)¹⁶, à ce jour le seul moyen simple pour estimer la masse grasse d'un individu. L'indice de masse corporelle correspond au poids (en kg) divisé par le carré de la taille (en mètres). Selon la classification de l'organisation mondiale de la santé (OMS), on parle de surpoids lorsque l'IMC est supérieur à 25 et d'obésité lorsqu'il dépasse 30. Trois catégories d'obésité, de gravité croissante, sont définies en fonction de l'IMC supérieur à 30.

Si l'obésité est une maladie en soi, elle est également associée à de nombreuses pathologies dont les principales sont le diabète de type 2¹⁷ (dans 80 % des cas associé à une obésité), l'hypertension artérielle, l'excès de lipides dans le sang, les atteintes cardiovasculaires, le syndrome d'apnée du sommeil et d'autres maladies respiratoires, ainsi que des maladies articulaires. L'obésité a un important retentissement psychologique et social, induit notamment par la discrimination, y compris dans les soins : elle constitue en particulier un terrain favorable aux troubles dépressifs. Elle augmente également les risques liés à la chirurgie et à la grossesse. Enfin, le rôle de l'obésité dans le développement des cancers a été récemment mis en évidence par de nombreuses études : selon le Centre international de recherche sur le cancer, les facteurs nutritionnels dans leur ensemble (alimentation, surpoids et obésité, activité physique et alcool) sont liés à 16 % des nouveaux cas de cancer chez les hommes et 20 % chez les femmes¹⁸.

¹⁶ Cf. annexe n° 2.

¹⁷ Le diabète est une maladie qui se caractérise par un excès de sucre dans le sang, son niveau étant normalement régulé par la production d'insuline par le pancréas. On distingue principalement deux types de diabète : le diabète de type 1, rare, et le diabète de type 2. Le diabète de type 1 touche des personnes jeunes et résulte de la disparition de cellules du pancréas entraînant une carence totale en insuline. Le diabète de type 2, le plus fréquent (92 % des cas), apparaît généralement chez les personnes plus âgées, en lien avec le surpoids, l'obésité, et des facteurs génétiques favorisants. Il résulte d'une insuffisante production d'insuline ou d'une insulino-résistance.

¹⁸ *American Institute of Cancer Research (AICR) et World Cancer Research Fund UK (WCRF UK) 2018.*

L'obésité concerne aujourd'hui la quasi-totalité de la planète, y compris de nombreux pays émergents. La part de l'obésité et de la sédentarité est ainsi déterminante dans la « charge mondiale de morbidité »¹⁹, selon laquelle 63 % du total des décès dans le monde sont liés à quatre principaux facteurs de risque : tabac, alcool, surpoids et sédentarité. La prévalence de l'obésité a doublé depuis 1980, ce que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qualifie d'« épidémie mondiale », et est à l'origine d'une augmentation considérable des maladies chroniques associées, responsables de 2,8 millions de décès chaque année. Parmi les adultes, en 2016, 1,9 milliard de personnes étaient en surpoids, dont 650 millions d'obèses. Parmi les enfants, 41 millions des moins de 5 ans étaient en surpoids ou obèses, ainsi que plus de 340 millions d'enfants et d'adolescents âgés de 5 à 19 ans. L'organisation estime qu'en 2015 le surpoids a contribué à 4 millions de décès dans le monde.

Au sein de l'OCDE, les États-Unis présentent les taux de surpoids et d'obésité les plus élevés au monde, avec des inégalités de santé majeures. L'obésité y est désormais à l'origine d'une diminution de l'espérance de vie. La France présente un taux de prévalence de l'obésité (17 % pour les adultes) inférieur à la moyenne (23,3 %) mais supérieur à celui de l'Italie, la Suède ou la Norvège²⁰.

En France, un habitant sur deux est aujourd'hui en surpoids, un sur six est obèse²¹, et, en 40 ans, les enfants ont perdu 25 % de leurs capacités cardiorespiratoires du fait du manque d'exercice et de la sédentarité²². Selon le Centre international de recherche sur le cancer, en 2015, le surpoids et l'obésité sont responsables de 5,4 % de nouveaux cas (6,8 % chez les femmes et 4,2 % chez les hommes), parmi lesquels le cancer du sein et le cancer colorectal sont les plus fréquents²³.

Dans le cadre de l'enquête demandée à la Cour par l'Assemblée nationale, le champ des investigations a été précisé lors d'une réunion de cadrage tenue le 12 mars 2019. Il a été convenu que la communication comporterait les éléments suivants :

- affiner l'analyse des données disponibles ainsi que les insuffisances du dispositif de surveillance, avec une attention particulière pour les inégalités socio-économiques et territoriales (départements d'outre-mer notamment) ;
- examiner les modalités de gouvernance et de pilotage de la politique conduite, au niveau national et régional ;
- étudier les stratégies de prévention mises en œuvre avec une attention particulière à la situation des groupes les plus vulnérables du fait de l'âge, de la situation économique et/ou territoriale (enfants, populations en situation précaire, départements d'outre-mer) ;
- analyser des déclinaisons territoriales et des expériences locales, trois régions faisant l'objet d'une analyse plus détaillée (Ile de France, Hauts de France et Réunion) ;

¹⁹ La « charge mondiale de morbidité » est évaluée à intervalles réguliers par l'OMS. Ce dispositif de surveillance est actuellement la référence internationale pour les maladies chroniques.

²⁰ Cf. annexe n° 9.

²¹ Étude de Santé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition (Esteban), Santé Publique France, Université Paris 13, juin 2017.

²² Fédération française de cardiologie, 2018.

²³ *Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine*, Centre international de recherche sur le cancer, Lyon, 2018.

- aborder les parcours de soins et notamment la manière dont s'organise la prise en charge du surpoids et de l'obésité dans le cadre des réformes en cours (stratégie nationale de santé, ma santé 2022) ;
- examiner les actions entreprises par les pouvoirs publics pour agir sur l'offre alimentaire (outil fiscal, encadrement du marketing alimentaire, notamment vis-à-vis des enfants, étiquetage et déploiement du Nutri-Score) ;
- éclairer ces questions par des comparaisons internationales.

Répondant à ces demandes, l'enquête de la Cour s'est attachée à examiner la politique nutritionnelle mise en place en France dès le début des années 2000 pour faire face au problème majeur de santé publique que représente l'obésité. Aujourd'hui, la prévalence globale de l'obésité est relativement stable, mais cette situation masque des disparités sociales et territoriales qui s'aggravent (I). Les pouvoirs publics ont mis en place une politique volontariste, cependant mal coordonnée tant au plan national que régional (II). Si la politique de prévention a bénéficié des efforts réalisés en matière de promotion de la santé, les actions visant à réguler l'offre et la demande de produits de mauvaise qualité nutritionnelle sont restées timides et limitées le plus souvent à des mesures non contraignantes (III). Le parcours de soins des patients reste marqué par des difficultés de prise en charge en ville et un recours excessif à la chirurgie bariatrique (IV).

Chapitre I

Une stabilisation globale de l'obésité mais de fortes disparités sociales

La prévalence²⁴ de l'obésité a doublé en France chez les plus de 15 ans entre 1987 et 2005, passant de 8,2 % à 16,9 %²⁵. Depuis, elle est restée stable, s'établissant en 2015-2016 à 17,2 %. Cette stabilité masque cependant des disparités, attestées par des différences de prévalence, qui se sont aggravées.

I - Une stabilisation de l'obésité encore insuffisamment documentée

Les taux de surpoids et d'obésité, qui semblent stabilisés depuis dix ans, restent importants puisque la moitié de la population adulte (49 %) est en surpoids. Les outils de surveillance sont toutefois incomplets. Ils reposent sur des enquêtes trop espacées dans le temps et le plus souvent nationales, ne permettant pas des analyses suffisamment fines sur le plan territorial et socio-économique.

A - Une stabilisation de la prévalence

L'estimation de la prévalence et de son évolution récente en France repose essentiellement sur deux enquêtes nationales réalisées à dix ans d'intervalle dans le cadre du programme national nutrition santé (PNNS), avec la même méthodologie, fondées sur des mesures de l'indice de masse corporelle (IMC) alors que d'autres enquêtes utilisent des données déclaratives. Ces enquêtes sont les seules à collecter également des données cliniques et biologiques.

La première, l'étude nationale nutrition santé (ENNS), réalisée en 2006 par l'institut national de veille sanitaire (InVS), a décrit pour la première fois la situation nutritionnelle en France, sur la base des indicateurs et des repères du premier PNNS (PNNS 1). Cette étude a permis de connaître les consommations alimentaires, l'état nutritionnel et l'activité physique d'un échantillon national d'enfants (3-17 ans) et d'adultes (18-74 ans) résidant en France métropolitaine.

²⁴ La prévalence correspond au nombre de cas d'une maladie dans une population à un moment donné, englobant aussi bien les cas nouveaux (définis par l'incidence) que les cas anciens.

²⁵ Sources : enquête ObEpi 1997 et enquête nationale nutrition santé 2006.

La seconde, l'Étude de SanTé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition (Esteban), conduite dix ans plus tard dans le cadre de l'évaluation du PNNS 2, a porté sur les mêmes tranches d'âge et associé trois thématiques de santé : l'exposition à certaines substances de l'environnement ; la nutrition et l'activité physique et la sédentarité ; l'étude de plusieurs maladies chroniques ou facteurs de risque de santé.

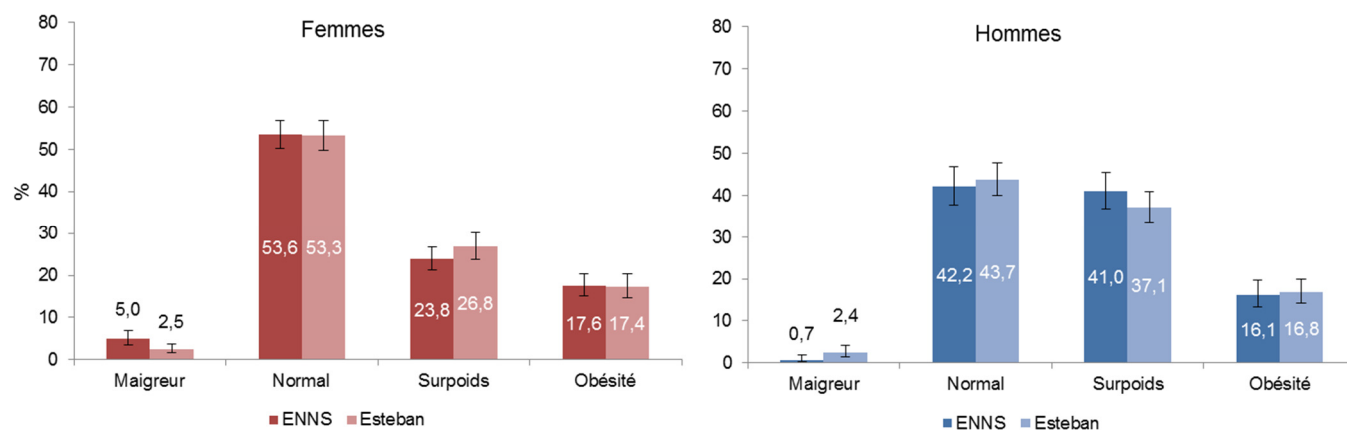
Les principaux résultats d'Esteban montrent que la corpulence moyenne de la population adulte n'a pas connu d'évolution statistiquement significative ces 10 dernières années, l'IMC moyen mesuré en 2016 étant comparable à celui mesuré dans l'étude ENNS de 2006. Les prévalences du surpoids et de l'obésité sont restées stables en 2015, à 49 % pour la première (contre 49,3 % en 2006) et 17,2 % pour la seconde (contre 16,9 % en 2005).

Les taux de prévalence diffèrent selon les sexes. Dans les deux enquêtes, ils sont chez les hommes nettement supérieurs pour le surpoids mais légèrement inférieurs pour l'obésité.

L'analyse de la prévalence du surpoids par tranche d'âge montre cependant des évolutions contrastées : elle n'a pas évolué de manière significative chez les hommes, tandis qu'elle a augmenté pour la tranche 40-54 ans et diminué pour la tranche 55-74 ans chez les femmes.

Chez les enfants, la prévalence du surpoids (obésité incluse) n'a pas significativement varié entre l'ENNS et l'Esteban, tant chez les garçons que chez les filles. Elle est restée stable, passant de 17,6 % en 2006 à 16,9 % en 2016, tandis que la prévalence de l'obésité a progressé de 3,3 % en 2006 à 3,9 % en 2015. Les différences entre les garçons et les filles ne sont pas significatives.

Graphique n° 2 : distribution de la corpulence des adultes de 18-74 ans selon le sexe - comparaison ENNS, 2006 - Esteban, 2016



Source : Santé Publique France

D'autres enquêtes avec mesures de l'IMC ont été menées en France par l'agence nationale de sécurité sanitaire, alimentation, environnement, travail (ANSES) et SPF, notamment les enquêtes « individuelles nationales des consommations alimentaires » (INCA), dont trois éditions ont eu lieu, les deux dernières en 2006-2007 (INCA 2) et en 2014-2015 (INCA3)²⁶. Leurs résultats sont globalement cohérents avec ceux de l'ENNS et d'Esteban pour les adultes et pour les enfants, bien que, pour ces derniers, les tranches d'âge retenues aient été différentes.

Les deux enquêtes (ANSES et SPF) renseignent également sur plusieurs aspects des consommations alimentaires et de leurs évolutions, ainsi que sur l'activité physique et la sédentarité. Les consommations alimentaires ont globalement peu évolué, bien que les différences selon le niveau de diplôme se soient creusées pour certains groupes, les catégories socio-professionnelles supérieures ayant dans l'ensemble des pratiques plus proches des recommandations du PNNS. L'activité physique a connu en revanche des évolutions importantes : elle a significativement baissé chez les femmes et les enfants, tandis que le temps passé devant les écrans, toutes classes d'âge confondues, a considérablement augmenté, passant de 3h10 par jour à 5h07 pour les adultes entre 2006 et 2015, et augmentant de 26 minutes à plus de deux heures selon la tranche d'âge parmi les enfants.

Tableau n° 1 : les différentes enquêtes avec mesures menées en métropole

Enquête	Année	Hommes		Femmes		Ensemble	
		Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité
ENNS	2006-2007	57,1	16,1	41,4	17,6	49,3	16,9
INCA 3	2014-2015	54,6	16,4	47,1	17,6	50,7	17
Esteban	2014-2016	53,9	16,8	44,2	17,4	49	17,2

Source enquêtes ENNS, INCA 3, Esteban.

Le rapprochement des enquêtes ENNS/Esteban et INCA a été préconisé par le Haut Conseil de la santé publique dans son document préparatoire au PNNS 4²⁷. Il est semblable-t-il prévu dans le cadre du PNNS 4, avec la réalisation d'une seule enquête en 2024, de même que la mise en œuvre d'analyses régionales qui font aujourd'hui défaut.

B - Des données insuffisantes

Si le dispositif de surveillance a permis d'apprécier une tendance nationale en population générale, il reste insuffisant pour une analyse exhaustive et continue. De plus, la coexistence d'enquêtes déclaratives et de travaux reposant sur des mesures anthropométriques (taille et poids) est source de confusion.

²⁶ Les enquêtes INCA sont avant tout des enquêtes de consommation alimentaire. Elles comportent néanmoins également des indicateurs de corpulence, fondés dans 90 % des cas sur des mesures relevées par l'enquêteur. Les tranches d'âge de recueil de l'IMC ont été modifiées entre INCA 2 et INCA 3, en vue d'une harmonisation européenne des enquêtes de consommation, ce qui rend les comparaisons difficiles. C'est pourquoi les enquêtes ENNS/Esteban restent la référence (même méthodologie entre les deux enquêtes, 100 % de mesures).

²⁷ Haut Conseil de santé publique, *Pour une politique nationale nutrition santé en France : PNNS 2017-2021*.

Les enquêtes nationales présentent deux inconvénients majeurs : elles ne permettent pas d'analyses régionales ou infrarégionales, bien que l'enquête INCA 3 comporte des données agrégées par groupes de régions²⁸, et les départements ultramarins – particulièrement touchés – en sont exclus.

Seule l'enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité (ObEpi), menée selon la même méthodologie tous les trois ans pendant 15 ans jusqu'en 2012 par l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) avec le soutien des laboratoires Roche, a produit des données régionales pour la France métropolitaine²⁹. Cette enquête, dans sa dernière édition, a mis en évidence des taux de prévalence de l'obésité plus élevés que la moyenne dans quatre régions, le Nord-Pas-de-Calais étant la plus touchée avec 21,3 % (soit une prévalence plus élevée de près de 40 % que la moyenne nationale de 15 %)³⁰. L'enquête a été arrêtée faute de financements, Roche s'en étant retiré. La plupart des ARS³¹ la citent comme étant la seule source de données spécifiques à leur région, en dehors de quelques enquêtes menées par les observatoires régionaux de santé (ORS) ou d'exploitations régionales du Baromètre santé 2014. Récemment, des analyses régionales ont cependant été inscrites au prochain programme de travail de Santé publique France.

Des données sont disponibles pour certains départements à la suite de l'étude qui a été faite dans le cadre du suivi de la cohorte Constances³². Les résultats sont très proches de ceux d'ObEpi mais mettent en évidence des différences de prévalence cette fois infra régionales, entre départements³³.

Le Baromètre santé de l'INPES, ou l'enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'IRDES fournissent également des données sur le surpoids et l'obésité : celles-ci sont cependant déclaratives et ont globalement tendance à sous-estimer la prévalence. Ainsi l'enquête ESPS de 2014 donne des taux de prévalence du surpoids et de l'obésité inférieurs à ceux d'Esteban 2015 (différences de 1,6 à 4,2 points).

Les enquêtes nationales de santé en milieu scolaire sont pilotées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et réalisées par les personnels de santé de l'Éducation nationale depuis 1999, alternativement auprès des élèves de grande section de maternelle, de cours moyen 2 (CM2) et de troisième. Objet d'une refonte en 2010, elles ont une périodicité biennale depuis cette date et demeurent l'unique source d'informations sur l'état de santé des jeunes enfants. Leur répétition dans le temps permet de suivre l'évolution de certains indicateurs de santé, dont l'IMC, et surtout d'avoir un regard sur les inégalités sociales de santé.

²⁸ Île-de-France, Nord-Ouest, Nord-Est, Sud-Est, Sud-Ouest.

²⁹ Pendant cette enquête, il était demandé aux personnes de se peser et de mesurer leur taille et leur tour de taille.

³⁰ Inserm, Kantar, Roche, *ObEpi 2012, enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité*, 2012.

³¹ Dans le cadre de l'enquête, un questionnaire portant sur leurs actions de prévention et prise en charge de l'obésité a été soumis à l'ensemble des ARS. Toutes l'ont renseigné, sauf la Martinique et la région Grand Est.

³² Constances est une cohorte épidémiologique mise en place par la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) et l'Institut national de la santé : elle est constituée d'un échantillon cible de 200 000 adultes âgés de 18 à 69 ans, affiliés principalement au régime général de l'Assurance maladie (RG). Elle couvre 16 départements.

³³ « Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances », *BEH* 35-36, Santé publique France, 25 octobre 2016.

L'enquête menée auprès des élèves les plus jeunes, ceux de grande section de maternelle, est réalisée à l'occasion du bilan de santé de la sixième année. Les dernières enquêtes ont eu lieu en 2013, 2015 et 2017³⁴. Leur principale limite tient à leur périodicité, chaque classe d'âge ne faisant l'objet de mesures que tous les six ans, et au fait qu'elles n'ont pas de fonction de dépistage individuel, contrairement à ce qui est organisé par exemple en Angleterre³⁵. Les données de ces enquêtes font par ailleurs l'objet d'une exploitation inégale selon les régions ; elles sont utilisées par l'ARS Bourgogne-Franche-Comté afin de cibler les actions de prévention.

La dernière enquête réalisée auprès des élèves de 3^{ème} met en évidence une augmentation de la surcharge pondérale par rapport à 2009, date de la précédente étude : 18 % des adolescents sont en surpoids (contre 17 % en 2009) et 5,2 % obèses (contre 3,8 %)³⁶.

Les données de l'étude longitudinale de la prévalence du surpoids et de l'obésité lors du dépistage infirmier en classe de 6^{ème} en Franche-Comté

Réalisée à l'occasion du dépistage infirmier en classe de 6^{ème} dans l'ensemble des collèges publics de l'ex-région Franche-Comté, l'étude longitudinale de la prévalence du surpoids et de l'obésité, conduite depuis 2011 par les services départementaux de l'Éducation nationale en partenariat avec le Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (REPPPOP) de Franche-Comté, permet de disposer de données annuelles exhaustives à l'échelle de l'ex-région. Sur la période 2011-2016, en moyenne, 16,3 % des jeunes en classe de 6^{ème} étaient en surpoids, dont 3,6 % en situation d'obésité ; ces taux étaient stables pour cette tranche d'âge. Les garçons étaient plus touchés que les filles (17,2 % vs. 15,4 %).

L'enquête a été étendue au périmètre de l'ensemble de la région Bourgogne-Franche-Comté à compter de la rentrée scolaire 2017-2018 compte tenu de l'extension du réseau à l'ex-région Bourgogne (pour laquelle les données de prévalence pour les années antérieures sur cette classe d'âge reposent sur des études ponctuelles réalisées sur de plus petits échantillons). En 2018, parmi les 24 600 élèves en classe de 6^{ème} de la région, 20,1 % étaient en situation de surpoids, dont 4,6 % en situation d'obésité ; ces chiffres étaient similaires pour les garçons et pour les filles. La finesse de ces données permet d'analyser la situation épidémiologique à l'échelle des établissements scolaires et de mettre en évidence des disparités territoriales. Ainsi, ces taux étaient plus importants dans la Nièvre (23,1 % d'enfants en surpoids, 4,8 % en obésité), l'Yonne (22,7 % en surpoids, 5,8 % en obésité) et le Territoire de Belfort (21,6 % en surpoids, 5,9 % en obésité). Dans certains collèges, la prévalence du surpoids pouvait atteindre 31,1 % et celle de l'obésité 9,9 %.

À partir de ces données, le réseau procède à l'identification des territoires-cibles et établit des propositions d'action de prévention à destination des classes de CP, en partenariat avec l'Éducation nationale, sous forme d'ateliers éducatifs et ludiques, animés en binôme enseignant/infirmier scolaire destinés aux enfants, couplés à des ateliers destinés à leurs parents (avec remise d'un livret). Par ailleurs, ces données permettent à l'agence régionale de santé (ARS) de concentrer son action sur les trois départements les plus sévèrement touchés par l'obésité infantile (Nièvre, Yonne et Territoire de Belfort). Ce modèle mériterait d'être étendu à l'ensemble des régions.

³⁴ « La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge », DREES, *Études et résultats* n° 0920, juin 2015. « La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale », *Études et résultats* n° 0993, DREES, février 2017.

³⁵ Cf. annexe n° 9.

³⁶ « En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale », *Études et résultats* n° 1122, DREES, août 2019.

Au niveau de l'enseignement secondaire, il existe une enquête européenne, « *Health Behaviour in School-aged Children* »³⁷, menée tous les trois ans et déclarative.

Enfin, on ne dispose en France d'aucune donnée en médecine de ville. Pour les enfants, l'introduction récente de la mesure de l'IMC parmi les indicateurs de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) 2018 ne s'accompagne d'aucune remontée d'information médicale. À l'avenir, la récente « feuille de route obésité 2019-2022 »³⁸ qui définit, en complément du programme national nutrition santé 4 (PNNS 4), les orientations relatives à la prise en charge des personnes en surpoids et obèses, prévoit de rendre obligatoire, dans le dossier médical partagé (DMP), la saisie régulière du poids et de la taille par tout médecin ou autre professionnel de santé dès l'enfance. La collecte, le suivi et l'analyse de ces informations sont particulièrement importants pour la définition et la mise en œuvre de politiques de prévention, qui sont d'autant plus efficaces qu'elles sont appliquées dès le jeune âge.

Il n'existe pas non plus de système de collecte régulière et de traitement des données concernant les enfants, en dehors du certificat obligatoire du 24^{ème} mois. Les remontées d'information découlant de ce certificat sont en outre incomplètes, seuls 25 % des certificats parvenant aux services de PMI, pour être ensuite exploités annuellement par la DREES. On ne dispose pas davantage de données agrégées provenant des services de protection maternelle et infantile (PMI), qui ne couvrent au demeurant qu'une petite partie des enfants de 0 à 6 ans.

II - Des facteurs socio-économiques qui augmentent le risque d'obésité

La stabilité des taux globaux de surpoids et d'obésité en France vient masquer des différences entre sous-populations qui se sont accrues en dix ans. Les facteurs de risque sont à la fois socio-économiques et territoriaux, les deux aspects se recoupant largement, notamment dans les régions les plus concernées par la précarité. Les départements d'outre-mer en sont une illustration particulière.

A - De fortes disparités socio-économiques et territoriales

Bien qu'incomplètes et parfois anciennes, les données disponibles mettent en évidence de fortes disparités dans les taux de prévalence du surpoids et de l'obésité, les différences qui concernent les enfants étant plus particulièrement marquées.

Parmi les adultes, les dernières données Esteban 2015 montrent, comme dans l'ENNS 2006, une prévalence du surpoids (obésité incluse) plus élevée chez les personnes les moins diplômées. Ainsi, 60,8 % des hommes et 53,4 % des femmes sans diplôme ou ayant un diplôme inférieur au baccalauréat étaient en surpoids ou obèses en 2015 contre respectivement 42 % et

³⁷ L'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) a pour objectif d'appréhender les attitudes, les comportements et les opinions des jeunes de 11, 13 et 15 ans en France métropolitaine relatifs à leur consommation de substances psychoactives mais comporte également des questions sur leur santé et leurs modes de vie.

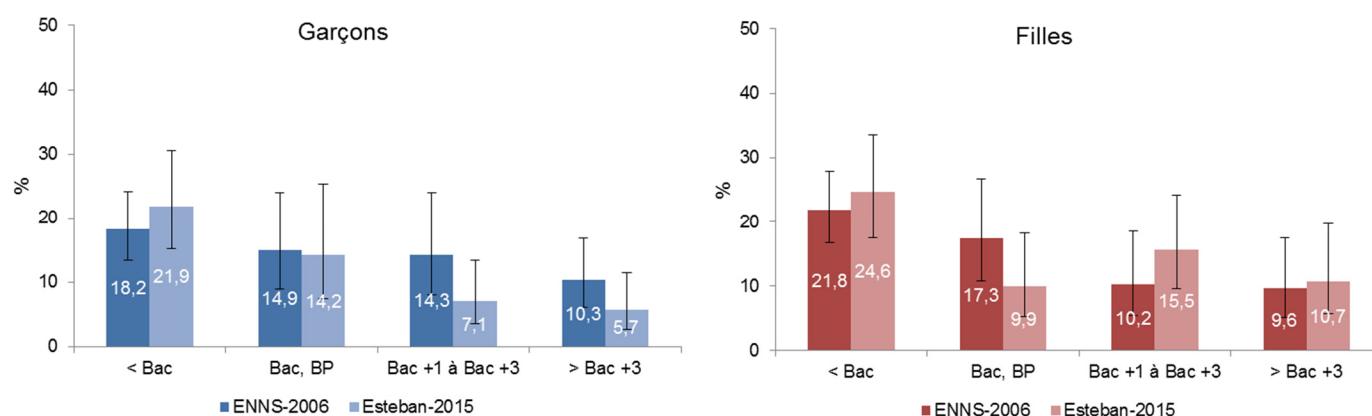
³⁸ Direction générale de l'offre de soins, direction générale de la santé, caisse nationale d'assurance maladie, *Feuille de route prise en charge des personnes en situation d'obésité, 2019-2022*, 8 octobre 2019.

29,6 % pour les Bac +3. De plus, parmi les personnes les moins diplômées, plus fréquemment obèses, le niveau d'obésité est plus sévère, ce dernier point étant encore plus marqué pour les femmes.

Ces évolutions sont confirmées par des études spécifiques sur les populations en situation de précarité telles que les bénéficiaires de l'aide alimentaire. Deux études, menées selon une méthodologie identique au sein d'associations d'aide alimentaire, leur ont été consacrées à quelques années d'intervalle³⁹. Selon ces études, en 2011-2012, la prévalence de l'obésité chez les usagers de l'aide alimentaire était élevée, avec un taux de 28,8 %.

Les enfants d'ouvriers présentent une prévalence de l'obésité bien plus élevée que ceux de cadres. Ces différences sont mises en évidence aussi bien dans les enquêtes ENNS et Esteban que dans les études consacrées au milieu scolaire.

Graphique n° 3 : prévalence du surpoids (obésité incluse) chez les enfants de 6-17 ans selon le sexe et le diplôme de la personne de référence du ménage, comparaison ENNS 2006 / Esteban 2015



Source : Santé Publique France.

Les dernières enquêtes biennales réalisées en milieu scolaire montrent, elles aussi, des différences significatives selon la catégorie socio-professionnelle (CSP) des parents : en grande section de maternelle, la prévalence de l'obésité est 4,5 fois supérieure parmi les enfants d'ouvriers⁴⁰ que parmi les enfants de cadres ; il en va de même pour les CM 2. Les prévalences du surpoids varient du simple au double⁴¹ selon la CSP. Parmi les adolescents scolarisés en classe de 3^{ème}, l'enquête précitée parue en août 2019 met en évidence que 24 % des enfants d'ouvriers sont en surcharge pondérale et 8 % obèses, contre respectivement 12 % et 3 % des enfants de cadres.

³⁹ ORS Île-de-France, INPES, InVS, *Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire, Etude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005*, mars 2013. Cette étude renseigne également sur les modes d'approvisionnement et les pratiques alimentaires des personnes en situation de précarité ayant recours à l'aide alimentaire.

⁴⁰ « La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge », *Études et résultats*, n° 0920, juin 2015, DREES.

⁴¹ *Déterminants, santé populationnelle et pathologies spécifiques*, Chapitre VI « État de santé de la population en 2017 », DREES et Santé Publique France.

Ces différences s'accompagnent de temps de présence devant les écrans également très dépendants du niveau socio-économique des parents : ils ont augmenté entre deux enquêtes en grande section (2005-2006 et 2012-2013), la proportion d'enfants passant plus d'une heure devant un écran les jours sans classe croissant de 78 % à 83 %. Mais les temps passés devant les écrans varient considérablement : 9 % d'enfants de cadres ont un écran dans leur chambre, contre 33 % parmi les enfants d'ouvriers ; 25 % des enfants de cadres passent plus d'une heure devant un écran les jours de classe, contre 59 % d'enfants d'ouvriers.

Sur le plan de l'activité physique, les personnes qui déclarent faire au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour au moins 5 fois par semaine correspondent à celles ayant une activité physique modérée. Cette proportion varie selon le sexe et la profession et la catégorie socioprofessionnelle : elle est plus importante parmi les CSP +, 71,4 % des personnes diplômées de l'enseignement supérieur déclarant la pratique habituelle d'une activité sportive en 2014, contre 30,2 % parmi celles n'ayant aucun diplôme.

Tableau n° 2 : prévalences du surpoids et de l'obésité selon le groupe socioprofessionnel des parents

	Maternelle (GS) 2012-2013		CM2 2014-2015	
<i>GSP des parents*</i>	Surpoids (obésité incluse)	Obésité	Surpoids (obésité incluse)	Obésité
<i>Cadres</i>	7,2	1,2	12,7	1,4
<i>Professions intermédiaires</i>	10,2	2,4	16,2	3,1
<i>Commerçants, chefs d'entreprises</i>	13,8	4,8	19,1	3,6
<i>Employés</i>	14,3	4,8	20,2	4
<i>Ouvriers</i>	15,6	5,8	21,5	5,5
<i>Ensemble</i>	11,9	3,5	18,1	3,6

Source : DREES, à partir d'enquêtes DREES DGESCO. France entière, hors Mayotte

* Combine le groupe socioprofessionnel du père et de la mère

Les facteurs sociaux se combinent avec des spécificités régionales, les deux se confondant en partie, bien que l'on manque de données récentes depuis l'arrêt de l'enquête ObEpi. Sa dernière édition, en 2012, a également mis en évidence les disparités des taux de prévalence et des évolutions à la hausse particulièrement marquées dans l'Est de la France et en Île-de-France.

Des données complémentaires sont disponibles pour les régions ayant réalisé des exploitations propres du baromètre santé 2014 ou, pour les jeunes, à partir de l'enquête sur la santé et les consommations de drogues lors de l'appel de préparation à la Défense (ESCAPAD)⁴².

⁴² L'enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la Défense a lieu tous les trois ans.

Les Observatoires régionaux de santé ont réalisé des enquêtes visant à pallier l'interruption d'ObEpi et à permettre des analyses infrarégionales. Les données de la cohorte Constances montrent des taux d'obésité pouvant aller du simple à plus du double (10,7 % à Paris, 25,6 % dans le Nord)⁴³.

En regroupant les sources de données disponibles, les régions présentant les indicateurs les plus défavorables sont, sans surprise, celles qui présentent les indices de précarité les plus élevés : les Hauts-de-France, le Grand Est et les DOM. L'association entre des consommations alimentaires les moins proches des recommandations PNNS et la précarité est également largement documentée⁴⁴ (données INCA, données expertise collective Inserm, Abena), de même que celle entre le manque d'activité physique ou la sédentarité et la précarité, notamment chez les enfants.

Enfin, d'une manière générale, les femmes, à niveau socio-économique comparable, sont plus exposées au risque de surpoids et d'obésité. La puberté, la contraception, les grossesses et la ménopause sont autant de situations qui exposent à un risque de surpoids.

Présence de *fast food* et obésité

L'association entre la fréquentation de restaurants *fast food* et la consommation des nourritures correspondantes a été étudiée à l'étranger. Ces études posent des problèmes méthodologiques complexes du fait de nombreux facteurs susceptibles d'introduire des biais, comme la présence de supermarchés, dont l'influence sur le type de consommation est considérable. Il est également nécessaire de définir précisément le champ des *fast food*, qui va au-delà des principales enseignes.

Une synthèse des travaux existants est présentée dans une expertise collective menée par l'Inserm en 2014⁴⁵. Les résultats sont contrastés, la plupart ne faisant pas état de lien entre la fréquence d'utilisation de restaurants *fast food* et leur proximité géographique. L'association entre densité de *fast food* et taux d'obésité est également variable, selon les pays, le type d'étude ou la classe d'âge⁴⁶.

L'association entre l'implantation des *fast food* et la précarité est en revanche mieux documentée. En Angleterre par exemple, une enquête a été réalisée en 2017 par *Public Health England*, portant sur la densité de *fast food* pour 100 000 habitants. Elle s'est fondée sur le recoupement de plusieurs sources : les annuaires sur certaines chaînes de *fast food* à partir d'une source nationale existante (*Fast Food Takeaway Outlets England*) et des données provenant des agents des services locaux d'hygiène et d'alimentation. Les résultats montrent une association entre densité de *fast food* et score de précarité.

⁴³ « Constances : une cohorte française pour la recherche et la santé publique », *BEH* 35-36, 25 octobre 2016.

⁴⁴ Etudes INCA et ABENA précitées. Également : *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique*, expertise collective, éditions INSERM, 2014.

⁴⁵ Inserm, *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique*, expertise collective, 2014.

⁴⁶ CHENNAKESAVALU M. et GANGEMI A., « *Exploring the Relationship between the Fast Food Environment and Obesity Rates in the US vs. Abroad: A Systematic Review* Division of General, Minimally Invasive & Robotic Surgery », University of Illinois at Chicago, Illinois, États-Unis, *J Obes Weight Loss Ther* 2018, 8:1.

En France, une étude a recensé les méthodes possibles pour mesurer l'implantation des *fast food*⁴⁷. Un mémoire récent⁴⁸ a tenté de cartographier, à l'aide des bases de l'INSEE, les *fast food* dans trois quartiers couverts par la politique de la ville de l'Île-de-France. Il ne permet pas de conclure à un lien entre précarité et présence de *fast food*, du fait notamment des difficultés pour définir précisément cette notion. Une étude nationale visant à explorer une association entre implantation des *fast food* et obésité demanderait en tout état de cause de pouvoir disposer simultanément de données très locales (par quartier) sur le surpoids et l'obésité, non disponibles en l'état actuel des enquêtes sur ce thème.

B - Les départements d'outre-mer cumulent les facteurs de risque

1 - Un contexte socio-économique et sanitaire dégradé

La Cour, dans son rapport consacré à la santé outre-mer⁴⁹, soulignait en 2014 l'important retard de ces territoires par rapport à la métropole, à la fois en termes d'indicateurs de développement, d'état de santé et d'offre de soins. Alors que pour la France entière, la mortalité infantile est de 3,6 ‰, elle est deux fois, voire trois fois plus importante dans les DOM (6,8 ‰ à La Réunion, 9,1 ‰ en Guyane, 9,2 ‰ à Mayotte). À côté des maladies transmissibles, la forte progression des maladies chroniques témoigne d'une situation préoccupante, alors même que l'offre de soins peine à répondre aux besoins, dans un contexte de forte précarité sociale. Le surpoids et l'obésité, favorisés par une alimentation souvent très déséquilibrée, notamment en sucres, conjuguée à une sédentarité qui s'aggrave, sont à l'origine de taux de diabète deux ou trois fois supérieurs à la moyenne nationale.

2 - Malgré des lacunes dans le recueil de données, des indicateurs épidémiologiques défavorables

La collecte et l'analyse des données de santé outre-mer sont souvent anciennes et non comparables aux données métropolitaines. Les DOM n'ont pas été inclus dans l'enquête Esteban, pas plus qu'ils ne l'avaient été dans l'ENNS ou dans les enquêtes INCA. Dans ces conditions, les données mesurées disponibles reposent sur des enquêtes locales, datant le plus souvent de plusieurs années.

Des données plus récentes sont néanmoins disponibles depuis l'analyse des baromètres santé menée dans les DOM en 2014 par Santé Publique France⁵⁰. Si ces données sont déclaratives, ce qui peut laisser supposer une sous-estimation des prévalences de l'obésité et du surpoids, elles n'en éclairent pas moins une situation plus difficile qu'en métropole, en

⁴⁷ CHARRIERE Hélène & al., « *Measuring the food environment using geographical information systems: a methodological review* », *Public Health Nutrition*: 13(11), 1773–1785.

⁴⁸ FROUIN Capucine, *Urbanisme, insécurité alimentaires et organisation commerciale dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, cas de trois quartiers en Île-de-France*, Master 2 Environnements Urbains mention Recherche, 2017-2018.

⁴⁹ La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République, juin 2014, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁵⁰ *Baromètre santé DOM 2014 : une santé déclarée moins bonne qu'en métropole, notamment parmi les femmes*, Santé Publique France, 2016.

particulier pour la Guyane et la Martinique. D'une manière générale, on trouve dans les DOM des taux de surpoids et d'obésité plus élevés qu'en métropole pour les tranches d'âge les plus jeunes, les différences s'estompant avec l'âge.

À La Réunion, les données du baromètre santé DOM de 2014 (données déclaratives) et, pour les enfants, celles de l'enquête réalisée en 2012-2013 avec la santé scolaire, parmi les classes de grande section de maternelle et de 6^{ème} (avec mesure de l'IMC), ont permis d'établir un état des lieux préoccupant, notamment pour les femmes et les enfants⁵¹.

Tableau n° 3 : prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'adulte dans les DOM

	Guyane		Mayotte		Martinique		Guadeloupe		La Réunion	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Obésité	13 %	23 %			12 %	21 %	11 %	22 %	8 %	14 %
Surpoids (obésité exclue)	38 %	30 %			39 %	30 %	37 %	27 %	30 %	24 %
Obésité			17 % 2008	47 % 2008			12 % 2013	31 % 2013		

Source : baromètre santé DOM 2014, INPES, sauf Mayotte (Maydia), et Antilles (Kannari).

À Mayotte, les données de l'enquête Maydia 2008 ont montré des taux très élevés de surpoids et d'obésité parmi les 30-69 ans, avec près de 79,2 % des femmes en surpoids, et 47 % d'obèses⁵². Une nouvelle enquête est actuellement en cours⁵³ : les premiers résultats semblent indiquer une aggravation des taux de surpoids et d'obésité pour les adultes, notamment les femmes, coexistant avec des situations de malnutrition chez les enfants.

III - Des coûts socio-économiques encore mal connus

Le surpoids et l'obésité sont à l'origine de coûts importants pour le système de santé. L'évaluation précise de ce montant est cependant difficile du fait de l'absence, en France, d'étude médico-économique récente sur ce thème et du manque de données produites sur ce sujet par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). En effet, l'obésité n'étant pas reconnue comme une affection de longue durée (ALD), l'assurance maladie ne dispose d'aucune donnée permettant d'identifier ces patients en médecine de ville. En milieu hospitalier, pour la chirurgie bariatrique, l'estimation des dépenses hospitalières est incomplète puisqu'une partie des dépenses dans le secteur privé – honoraires, dépassements – ne sont pas identifiées dans le programme de médicalisation des systèmes d'information médicalisé (PMSI). Par ailleurs, pour les séjours en médecine, cette estimation se réduit aux séjours pour lesquels on dispose d'un diagnostic principal ou associé d'obésité, mais elle ne prend pas en compte toutes les hospitalisations pour des pathologies induites par l'obésité⁵⁴.

⁵¹ La nutrition santé à La Réunion. Tableau de bord, observatoire régional de la santé Océan indien, 2018.

⁵² La nutrition santé à Mayotte. Tableau de bord, Observatoire régional de la santé Océan indien, mars 2019.

⁵³ Enquête « Ununo wa maore » : menée par Santé Publique France, elle s'apparente à un Baromètre santé.

⁵⁴ Cf. annexe n° 4.

L'unique référence disponible est une étude réalisée par la direction générale du Trésor en 2016, à partir de données de l'année 2012. Elle faisait état d'un coût social de la surcharge pondérale avoisinant 20 Md€, soit 1 % du produit intérieur brut (PIB). L'actualisation de ces données pour l'année 2014 porte ce coût à 21,9 Md€⁵⁵. Reposant pour l'essentiel sur un modèle de calcul des surcoûts générés par les patients obèses datant de 2002, ses conclusions doivent toutefois être prises avec prudence. Elles donnent cependant un ordre de grandeur de l'importance du coût de l'épidémie.

Parmi des pays comparables à la France, on relève qu'au Royaume Uni les coûts de l'obésité, pour le *National Health Service* (NHS), sont estimés à 6,1 milliards de livres (coûts directs en soins en 2014 et 2015) et à 27 milliards au total si on y ajoute les coûts indirects⁵⁶. Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'étude française.

Une estimation a néanmoins été réalisée en 2016 par la direction générale du Trésor, qui a chiffré le « coût social » de l'obésité en France pour l'année 2012 à 20,4 Md€⁵⁷. Cette étude identifie différents postes :

- des coûts directs pour la collectivité, principalement liés aux surcoûts pour l'assurance maladie des soins liés aux patients en surpoids et obèses (par rapport à la population de poids normal) : ces surcoûts correspondent essentiellement aux dépenses supplémentaires pour l'assurance maladie, en soins de ville et en soins hospitaliers ;
- des coûts indirects, dits « externes » induits par l'obésité mais qui ne se retrouvent pas directement dans les comptes publics, principalement des pertes de production estimées (absentéisme, moindre insertion sur le marché du travail) ;
- des économies pour les finances publiques sur les pensions, du fait de la moindre espérance de vie des personnes obèses ;
- des recettes provenant des taxes sur les produits sucrés, venant en déduction des coûts.

L'essentiel des coûts directs est lié aux dépenses de soins en ville et à l'hôpital. Les coûts liés aux pensions d'invalidité sont également significatifs, le coût des indemnités journalières étant plus limité. Parmi les coûts externes, les plus importants sont liés à la perte de productivité du fait de l'absentéisme et de l'exclusion du marché du travail des femmes obèses⁵⁸.

Une actualisation de l'étude du Trésor a été réalisée par la Cour à l'occasion de cette enquête. Elle est fondée sur des données plus récentes (l'étude santé et protection sociale – ESPS – 2014 contre 2012 pour l'étude de la DG Trésor), mais prenant en compte les mêmes variables : elle conduit à des résultats proches mais supérieurs à ceux de 2012, avec un coût social de 21,9 Md€⁵⁹. Cette estimation reste à prendre avec précaution, notamment en raison de la méthode d'estimation du surcoût des dépenses pour les soins hospitaliers. En effet, celui-ci se fonde sur une clé de répartition entre dépenses hospitalières et dépenses de ville pour un

⁵⁵ Annexe n° 4.

⁵⁶ *Public Health England, NHS. Health matters, obesity and the food environment*, 31 mars 2017.

⁵⁷ DG Trésor (2016), « Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? », *Lettre Trésor-éco* n° 179.

⁵⁸ Selon l'étude *Enquête Santé et Itinéraire Professionnel* de la DREES et de la DARES (2006 et 2010), le taux d'emploi des femmes obèses est inférieur de 10 %.

⁵⁹ Cf. annexe n° 4.

individu obèse ou en surpoids par rapport à un individu de poids normal qui est ancienne. Elle a été déterminée par l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) en 2007, sur la base de données de 2002. Les estimations mentionnées dans les paragraphes précédents reposent sur l'hypothèse que cette répartition est demeurée constante.

Or, plusieurs facteurs sont susceptibles de générer des coûts bien plus importants, notamment les changements majeurs intervenus dans la tarification hospitalière et l'évolution des modes de traitement. Il serait donc nécessaire de pouvoir mesurer avec davantage de précision le coût social de l'obésité : il est à l'évidence important pour la collectivité, son évaluation méritant d'être affinée.

Quoi qu'il en soit de ces questions de méthode, l'ordre de grandeur des coûts mis en jeu est important : même si l'on s'en tient à l'estimation de 21,9 Md€, celle-ci représente 1 % de PIB et constitue de surcroît un coût socio-économique partiellement évitable.

Parmi des pays comparables à la France, on relève qu'au Royaume Uni les coûts de l'obésité, pour le *National Health Service* (NHS), sont estimés à 6,1 Md£ (coûts directs en soins en 2014 et 2015) et à 27 Md£ au total si on y ajoute les coûts indirects⁶⁰. Cette estimation, supérieure à celles faite en France au regard de la population, s'appuie sur une méthodologie dite des fractions attribuables pour calculer les coûts directs pour le *National Health Service* des principaux facteurs de risque (tabac, alcool, obésité)⁶¹. Elle pourrait être suivie en France pour mieux estimer les coûts de l'obésité dans le contexte national.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

L'outil épidémiologique actuel est insuffisant, en périodicité, en cohérence et en déclinaison territoriale, pour suivre de façon rapprochée l'évolution des prévalences. Si, compte tenu de leur lourdeur et de leur coût, une périodicité plus rapprochée des grandes enquêtes nationales paraît difficile, il n'en est pas moins nécessaire que la France se dote d'un recueil des données plus performant, au moins pour les enfants.

Par ailleurs, si la situation de la France est plutôt favorable par rapport à d'autres pays et stable par rapport à il y a dix ans, elle recouvre des disparités qui s'accroissent et qui sont mal prises en compte par les politiques actuelles. Pour y remédier, il est utile de mieux connaître ces disparités afin d'adapter les interventions qui ciblent des groupes particulièrement à risque.

En conséquence, la Cour formule la recommandation suivante :

- 1. réaliser, dans le cadre de l'enquête nationale sur la nutrition prévue à l'issue du PNNS 4, des analyses régionales ; prévoir, également dans le cadre du PNNS 4, des enquêtes spécifiques aux DOM. Définir une périodicité plus rapprochée des études nationales et régionales ainsi que des études menées en milieu scolaire (DGS, SPF, DREES, DGESCO).*

⁶⁰ Public Health England, NHS, *Health matters, obesity and the food environment*, 31 mars 2017.

⁶¹ Cette méthode consiste à identifier la part de pathologies pour lesquelles l'obésité est un facteur de risque (diabète, maladies cardiovasculaires...) qui sont dues à l'obésité et à en évaluer le coût des soins pour le système de santé. En 2015, sur cette base, le coût de l'obésité pour le NHS était de 6,1 Md£, soit 6,8 Md€.

Chapitre II

Une politique volontariste mais mal coordonnée

La politique nutritionnelle a bénéficié de programmes spécifiques, les programmes nationaux nutrition santé (PNNS) menés par le ministère de la santé. Elle a également mobilisé plusieurs autres ministères dans le cadre de plans nationaux. Cette mobilisation témoigne des efforts convergents de l'État en la matière. Elle implique des instances et des instruments de pilotage, de coordination et de suivi renforcés qui restent encore insuffisants aujourd'hui tant au niveau national qu'à l'échelon régional. La visibilité, la cohérence et l'efficacité des politiques menées en dépendent largement.

I - Un pilotage national à renforcer

A - Un programme national nutrition santé mis en œuvre principalement par le ministère de la santé

La politique de lutte contre le surpoids et l'obésité s'est concrétisée en France à travers quatre plans dédiés, les programmes nationaux nutrition santé (PNNS), qui se sont succédés depuis 2001⁶². Un plan obésité est venu s'y ajouter entre 2010 et 2013. Le quatrième PNNS vient d'être adopté le 20 septembre 2019.

Le premier PNNS (2001-2005) comportait neuf objectifs nutritionnels, parmi lesquels figuraient la réduction de 20 % de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes et l'interruption de l'augmentation, particulièrement élevée au cours des années précédentes, de la prévalence de l'obésité chez les enfants. L'augmentation de l'activité physique quotidienne figurait également dans cette liste. Selon les résultats de l'enquête nationale nutrition santé effectuée en 2005 par l'institut de veille sanitaire (InVS), l'objectif de réduction de la prévalence n'a pas été atteint en 2005⁶³, date à laquelle un second PNNS a été adopté pour cinq ans, le PNNS 2 (2005-2011).

Conçu sur le même format que le premier programme, il présentait de nouvelles actions à mettre en œuvre, portant notamment sur les apports vitaminiques, l'allaitement maternel et la nutrition chez les personnes âgées. Il instaurait, d'autre part, de nouvelles modalités de

⁶² Voir annexe n° 3.

⁶³ InVS, *Enquête nationale nutrition santé 2005-2006*. BOYER Valérie, *Rapport d'information n° 1131 sur la prévention de l'obésité*, commission des affaires culturelles, familiales et sociales, Assemblée nationale, 2008.

gouvernance nationale (associant au comité de pilotage un Comité interministériel de la politique nutritionnelle) et régionale (comité régional de pilotage du Programme national nutrition santé).

Selon les données de l'étude nationale nutrition santé de 2006, parues au démarrage du deuxième PNNS, plusieurs objectifs ont été atteints, comme la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, la réduction de la consommation de sel ou de sucre et l'augmentation de la consommation de fruits chez l'adulte. Ces améliorations n'ont cependant pas concerné toutes les populations et tous les territoires de manière uniforme. De plus, le plan, malgré un volet portant sur le dépistage et la prise en charge de l'obésité infantile, adolescente et adulte, comportait peu de mesures relatives aux soins, comme le soulignait l'évaluation conduite par l'inspection générale des affaires sociales et le Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux⁶⁴.

À la suite de ces évaluations, le PNNS 3 (2011-2015) s'est donné comme objectif principal la réduction des inégalités sociales de santé⁶⁵, en concentrant ses efforts sur les actions de prévention. Il comportait quatre axes principaux, regroupant 45 mesures déclinées en 129 actions.

Les principaux axes du PNNS 3

Le PNNS 3 se différenciait des deux premiers PNNS en prenant explicitement en compte les inégalités de santé et comportait quatre axes et un volet transversal :

- axe 1 : réduire par des actions spécifiques les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention. Parmi les actions prévues, certaines portaient par exemple sur l'amélioration des apports en fruits et légumes pour les personnes en situation de pauvreté, et la sensibilisation de professionnels travaillant auprès de ces publics ;
- axe 2 : développer l'activité physique et sportive (APS) et limiter la sédentarité ;
- axe 3 : organiser le dépistage et la prise en charge du patient en nutrition. Diminuer la prévalence de la dénutrition ;
- axe 4 : valoriser le PNNS comme référence pour les actions en nutrition ainsi que l'implication des parties prenantes.

Le volet transversal « Formation, surveillance, évaluation et recherche » devait pour sa part :

- contribuer à l'orientation de la formation en nutrition et santé publique ;
- maintenir les outils nationaux de surveillance nutritionnelle et créer les outils nouveaux indispensables par la mise en œuvre d'études en population ;
- clarifier les enjeux, les intérêts, les besoins, les méthodes d'évaluation.

⁶⁴ IGAS, CGAAER, *Évaluation du programme national nutrition santé PNNS 2 2006-2010*, avril 2010.

⁶⁵ Les inégalités sociales de santé (ISS), sont définies par l'OMS comme « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale ». Elles sont la résultante d'une répartition inégale des déterminants de la santé dans la population : conditions de vie (scolarisation et éducation, emploi, habitat, accès aux soins...), comportements et styles de vie (consommation d'alcool et de tabac, exercices physiques, nutrition...).

Comme les précédents plans, le PNNS 3 comportait essentiellement des actions consacrées à la prévention primaire et ne traitait pratiquement pas de la prise en charge des personnes en surpoids ou obèses. Les difficultés rencontrées par les professionnels dans la prise en charge des patients, et notamment des patients atteints d'obésité sévère dans les établissements de santé, avaient donné lieu en 2009 à la rédaction d'un premier rapport constatant cette carence⁶⁶. Ce travail, qui analysait les difficultés des parcours de soins des patients et de leur prise en charge en établissement de santé, soulignait l'absence de filières dédiées, l'accès insuffisant des patients à des services spécialisés, et le manque de véhicules permettant d'assurer les transports de personnes atteintes d'obésité sévère (transports dits bariatriques, nécessitant des véhicules spécifiquement équipés, et au moins deux accompagnants).

Il a abouti à la mise en place du « Plan obésité » (2010-2013), adopté sous l'impulsion du Président de la République en mai 2010. Ce plan proposait pour la première fois la mise en place d'un parcours de soins de l'enfant et de l'adulte obèse, sous l'égide des ARS, et encourageait l'investissement dans la recherche. Il devait être articulé avec le PNNS 3 et avec l'ensemble des autres programmes nationaux liés à la nutrition.

Ce plan obésité n'a pas été reconduit en tant que tel après 2013, le ministère ayant estimé qu'après cette impulsion, la poursuite des actions initiées pouvait se faire sous l'égide du PNNS, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) continuant à assurer le pilotage de l'offre de soins en faveur de l'obésité.

Les principaux axes permettant de poursuivre les actions initiées pour la prise en charge de l'obésité ont fait l'objet d'un second rapport fin 2013⁶⁷. Les principaux acquis du plan obésité, à savoir la création des centres spécialisés et des centres intégrés de l'obésité (CSO et CIO) et la mise en place de moyens dédiés, ont été préservés⁶⁸.

Le PNNS 3 s'achevait en 2015, mais il a été, de fait, poursuivi en 2016 et 2017, dans l'attente de la mise au point d'un nouveau plan. Sa préparation a fait l'objet d'un travail du Haut Conseil de la santé publique qui a défini en 2017 les orientations souhaitables⁶⁹. Le HCSP place en priorité, pour les années à venir, la réduction des inégalités de santé, la priorité donnée aux enfants, les actions sur l'environnement alimentaire et l'amélioration de la gouvernance. Il souligne également la nécessité d'un parcours de soins individualisé, gradué, avec une attention particulière pour la continuité des soins entre les structures s'occupant des enfants, des adolescents et des adultes. Il recommande enfin d'assurer la pérennité des financements des centres spécialisés de l'obésité.

Le quatrième et dernier plan en date, le PNNS 4 (2019-2023), a été présenté par la ministre de la santé et des solidarités le 20 septembre 2019⁷⁰. Il comprend cinq axes et 24 objectifs, parmi lesquels les objectifs nutritionnels fixés par le Haut Conseil de la santé publique. Il

⁶⁶ Arnaud BASDEVANT, *Propositions d'actions pour l'amélioration des conditions de prise en charge des personnes obèses dans les établissements de santé*, avril 2009.

⁶⁷ Arnaud BASDEVANT, *Mesures concernant la prise en charge des maladies liées à la nutrition*, novembre 2013.

⁶⁸ Cf. chapitre IV.

⁶⁹ Haut Conseil de santé publique (HCSP), *Pour une politique nationale nutrition santé en France : PNNS 2017-2021*, septembre 2017.

⁷⁰ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.

énonce des objectifs relativement ambitieux, en particulier réduire à l'échéance du plan de 15 % la prévalence de l'obésité chez les adultes et de 20 % celle du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents. Il a été complété par la « feuille de route obésité » 2019-2022, qui précise les mesures portant sur la prise en charge des personnes obèses. Elle comporte 4 axes, portant sur l'amélioration des parcours, la régulation de la chirurgie bariatrique, la formation des professionnels et l'information des patients, et le soutien à l'innovation et à l'évaluation.

En complément du PNNS, le dernier plan cancer (2014-2019) a également prévu des actions de prévention touchant à l'alimentation et à la promotion de l'activité physique.

B - Les plans des autres ministères

Outre le ministère de la santé, trois autres ministères se sont dotés de programmes couvrant le champ de prévention nutritionnelle. Ces programmes de prévention primaire visent à promouvoir une alimentation conforme aux recommandations du PNNS ainsi que l'activité physique, et s'intègrent le plus souvent dans une stratégie plus large.

Créé en 2010, le programme national pour l'alimentation (PNA) est piloté par la direction générale de l'alimentation du ministère de l'agriculture. Ce plan vise à la mise en place d'une politique nationale de l'alimentation visant à garantir la sécurité alimentaire et sanitaire ainsi que la qualité des aliments pour le consommateur ; il recoupe en partie certaines actions prévues par le PNNS pour la nutrition en agissant sur la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire, l'éducation et l'information du consommateur (notamment sur l'information nutritionnelle, la troisième édition du plan 2019-2023 qui débute actuellement comportant des actions de promotion du Nutri-Score).

Les projets alimentaires territoriaux

Le développement de projets alimentaires territoriaux (PAT)⁷¹, sur la base d'un appel à projets annuel, est l'un des principaux outils locaux du programme national pour l'alimentation. Élaborés de manière concertée à l'initiative des partenaires au niveau d'un territoire à partir d'un diagnostic partagé, ces projets visent à faciliter l'intégration des politiques sectorielles à l'échelle territoriale. Ils doivent également permettre de structurer l'offre agricole et alimentaire en favorisant les circuits courts et de proximité, en prenant en compte les fonctions du système alimentaire (environnementales, économiques, sociales, sanitaires, éducatives, culturelles).

⁷¹ III de l'article L. 1 du code rural et de la pêche maritime. Les projets alimentaires territoriaux ont été créés par l'article 39 de la loi d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt du 13 octobre 2014.

Bien qu'un objectif de 100 PAT à la fin 2017 et de 500 à l'horizon 2020 ait été retenu⁷², le déploiement de ce dispositif reste peu avancé aujourd'hui. Les modalités de labellisation des PAT ont été définies en mars 2017⁷³ et en avril 2019, seuls 21 PAT avaient été labellisés⁷⁴. Les projets actuellement accompagnés par les DRAAF se caractérisent par leur forte hétérogénéité, tant dans les thématiques abordées, l'ampleur des actions envisagées que par leur degré de maturité⁷⁵. Les porteurs des projets des PAT soulignent les difficultés liées à l'absence de financement dédié, le manque d'outils d'appui technique et la faible plus-value de la labellisation⁷⁶.

La feuille de route interministérielle issue des États généraux de l'alimentation, qui en avait reconnu le rôle essentiel pour le développement des territoires et la déclinaison de la politique de l'alimentation⁷⁷, avait relevé la nécessité d'accélérer le développement des PAT et de mieux prendre en compte le lien entre l'alimentation et la santé, ainsi que les aspects environnementaux et de justice sociale.

Le plan national « sport, santé, bien-être » (PNSSBE 2012 – 2018), porté par le ministère en charge des sports et co-piloté par le ministère de la santé, visait à encourager la pratique des activités physiques et sportives à des fins de bien-être et de santé, ce dernier volet ayant été fortement accentué à partir de 2016. Le plan national santé environnement (PNSE), porté par le ministère chargé de l'environnement et co-piloté avec le ministère de la santé, promeut la valorisation des mobilités actives.

L'activité physique à l'école

La promotion des activités physiques fait également partie des axes prioritaires du parcours éducatif de santé. L'enseignement des activités sportives passe par les cours d'éducation physique et sportive (EPS) et les associations sportives (AS). Obligatoire sur tout le cursus scolaire, l'EPS représente 550 heures de formation par élève dans le premier degré et 700 heures par élève dans le second degré.

Néanmoins, dans le premier degré, si les élèves doivent en théorie bénéficier de trois heures hebdomadaires d'EPS, en pratique, ce volume est inférieur à 2h15. Par ailleurs, à chaque changement de cycle scolaire, un décrochage particulier du taux de pratique des APS est constaté comme en témoigne le nombre de licenciés dans les fédérations sportives scolaires. À titre d'exemple, l'Union nationale du sport scolaire (UNSS) passe de 730 000 licenciés au collège à environ 300 000 licenciés au lycée. Parmi les raisons invoquées pour ce décrochage, le peu d'attrait des pratiques compétitives au bénéfice des pratiques de loisirs est évoqué par les adolescents.

⁷² Mesure du comité interministériel aux ruralités (session du 20 mai 2016).

⁷³ Circulaire DGAI/SDPAI/2017-294 relative au dispositif de reconnaissance des projets alimentaires territoriaux (PAT) en date du 30 mars 2017. La procédure de reconnaissance est ouverte depuis le 1^{er} avril 2017.

⁷⁴ Réponse de la DGAI au questionnaire de la Cour, reçue en date du 2 avril 2019.

⁷⁵ Présentation de la DGAI lors du séminaire de lancement de la session 2 du Réseau national des PAT le 4 décembre 2018.

⁷⁶ Présentation du ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation au forum final de la saison 1 du Réseau national des PAT le 2 juillet 2018.

⁷⁷ Atelier 9, fiche action 1 des États-généraux de l'alimentation : « Améliorer la qualité nutritionnelle des aliments bruts : produire mieux ».

À cela s'ajoutent d'autres facteurs compromettant l'atteinte des objectifs du PES en matière d'APS, comme la baisse de 21 % des recrutements au certificat d'aptitude au professorat d'éducation physique et sportive (CAPEPS) externe 2018, alors que de nombreux étudiants en sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) souhaitent devenir enseignants d'EPS et que le nombre d'élèves dans le second degré progresse de 26 000 élèves en 2018 et 32 000 en 2019. Enfin, le service public du sport scolaire est également affaibli par la hausse de 10 % du coût du contrat licence intervenu en 2018, qui met en difficulté les associations sportives et les familles.

D'une manière générale, en France, la pratique sportive est moins intégrée dans les programmes que dans d'autres États européens. L'instruction de l'EPS n'est que partiellement effective dans le primaire, alors qu'il est reconnu comme particulièrement important qu'elle commence tôt. Enfin, les liens entre sport scolaire et monde sportif sont trop limités⁷⁸.

Le développement de ces plans, comportant des actions recoupant pour certaines celles du PNNS, a constitué une source de difficultés pour la lisibilité et la coordination des actions.

C - Une gouvernance nationale trop faible pour rendre des arbitrages

1 - Un pilotage interministériel jusqu'à présent timide

Les évaluations successives des différents PNNS ont souligné le défaut de coordination interministérielle dû à l'absence de pouvoir de décision du comité de pilotage⁷⁹.

Depuis le décret pris en 2012, le comité de pilotage est présidé par le directeur général de la santé, assisté des présidents du PNNS et du plan obésité⁸⁰. Il est chargé de coordonner et de faciliter la mise en œuvre des actions et de proposer des évolutions d'orientation. D'après les comptes rendus du comité de pilotage sur la période 2012-2017⁸¹, ce dernier est avant tout un lieu d'échange d'informations et non de prise de décision. Le comité a disparu avec l'adoption du décret portant suppression des commissions administratives à caractère consultatif en novembre 2015⁸². Il a cependant continué à se réunir jusqu'en mars 2017.

Ce n'est que par le décret du 18 juin 2014 portant création du comité interministériel pour la santé (CIS) qu'un cadre juridique de coordination des politiques publiques liées à la santé, a été adopté. Présidé par le Premier ministre, regroupant l'ensemble des ministres, le CIS a pour mission de promouvoir la santé dans l'ensemble des politiques publiques et, notamment en matière de prévention, de renforcer la cohérence d'ensemble ainsi que l'efficacité du pilotage. Il doit surtout, si nécessaire, permettre de disposer d'un arbitrage du Premier ministre. Le CIS n'a cependant été réuni pour la première fois sur les sujets liés à la nutrition qu'en mars 2018, dans le cadre de la mise en place de la stratégie nationale de santé 2018-2022 et des mesures

⁷⁸ Cour des comptes, *Rapport public thématique : L'école et le sport. Une ambition à concrétiser*, La Documentation française, septembre 2019. Disponible sur <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/>.

⁷⁹ IGAS – CGAAER, *Évaluation du programme national nutrition santé PNNS 2 2006-2010*, avril 2010.

⁸⁰ Décret n° 2012-531 du 19 avril 2012. Le comité de pilotage comprend les représentants de 15 administrations centrales, de la CNAMTS, de la HAS, de l'ANSES et de huit autres agences ou instituts, soit 29 membres.

⁸¹ Examen des comptes rendus des comités de suivi et de pilotage 2012-2017.

⁸² Décret n°2015-1469 du 13 novembre 2015.

qu'elle affichait dans le domaine de la prévention avec principalement la mise en œuvre du Nutri-score, les mesures portant sur l'activité physique et la promotion d'une alimentation saine en milieu scolaire.

Récemment, le 25 mars 2019, le CIS a donné une nouvelle impulsion aux politiques de lutte contre l'obésité une priorité. Il a annoncé le plan conjoint « nutrition alimentation » réunissant le PNNS 4 et le programme national pour l'alimentation⁸³. Cette nouvelle organisation devrait permettre de rendre les arbitrages requis principalement sur deux points. Il s'agit tout d'abord de l'élaboration de la nouvelle « Charte d'engagement visant à promouvoir une alimentation et une activité physique favorables à la santé dans les programmes et les publicités diffusés à la télévision » qui régit la publicité télévisuelle, notamment vis-à-vis des enfants : elle est actuellement au point mort du fait des divergences d'appréciation entre le CSA et le ministère de la santé. En second lieu, une décision est également nécessaire sur le choix des outils visant à améliorer la composition nutritionnelle des aliments. Les chartes d'engagement volontaire et les accords collectifs ont mobilisé un certain nombre d'entreprises du secteur agroalimentaire mais leur efficacité est limitée et il conviendrait de passer à des mesures plus contraignantes.

2 - Un dispositif de suivi incomplet

a) Des outils de suivi de la mise en œuvre des PNNS limités

Le PNNS 3, qui comprenait 45 actions et 143 sous actions, souvent de nature très différente (entre modules de formation, élaboration de messages éducatifs, promotion de chartes nutritionnelles, développement de l'activité physique...) et non priorisées.

Son suivi a été assuré par le biais des informations fournies par les opérateurs présents lors des réunions des comités de pilotage et de suivi, ainsi que par un tableau renseigné par la DGS jusqu'en février 2016, évaluant l'état d'avancement de chacune des 45 actions. La DGS a, par ailleurs, produit un bilan, essentiellement narratif, du PNNS 2012-2013 et, en 2016, un bilan final par institution pilote. Ces états descriptifs ne s'accompagnent d'aucun indicateur d'impact sur les bénéficiaires des programmes ni d'indicateur de moyens présentant les montants financiers et les ressources humaines mobilisées. Il n'existe pas de document de synthèse sur le degré d'atteinte des objectifs du PNNS ni de chaque action.

L'évaluation prévue à la fin du plan a été réalisée par l'IGAS, qui a remis son rapport en 2016⁸⁴. L'IGAS prend acte du fait que ce plan, comme les précédents, a favorisé une prise de conscience des problèmes de surpoids et d'obésité, mais elle estime qu'il se caractérise par une ambition trop vaste, un trop grand nombre d'objectifs et des actions insuffisamment priorisées. Ensuite, l'IGAS déplore qu'au nom de la prise en compte des parties prenantes, les préoccupations des agents économiques aient pu peser sur les messages de santé publique ou empêcher le recours à des outils réglementaires.

⁸³ CIS du 25 mars 2019, dossier de presse.

⁸⁴ IGAS, *Évaluation du PNNS 2011-2015 et du Plan obésité 2010-2013*, juillet 2016.

Du point de vue épidémiologique, l'enquête Esteban a permis néanmoins de mesurer l'impact du programme sur la prévalence du surpoids et de l'obésité, grâce à la mesure de l'évolution de la prévalence survenue entre 2005-2006 (enquête ENNS à la fin du PNNS 1) et la fin du PNNS 3 (2015).

b) Des financements issus de différents ministères et non consolidés

Dans le champ dépendant du ministère de la santé, on dispose de données financières sur le PNNS 2 et sur le PNNS 3 2011-2015 et sa prolongation en 2016 et 2017 (tableau n° 4). Le total des engagements est en augmentation entre les deux plans : le programme 204 (prévention, sécurité sanitaire et offre de soins) représente, sur les cinq années, en cumulé, 70 M€, contre 108,7 M€ pour le PNNS 3, sur les sept années en cumulé, soit une moyenne de 14 M€ par an pour le PNNS 2 et 15,5 M€ par an pour le PNNS 3.

La répartition des crédits se modifie dans le temps entre les deux PNNS : les crédits attribués aux services déconcentrés augmentent au cours des années tandis que ceux attribués à l'INPES diminuent, comme l'illustrent les tableaux suivants.

Tableau n° 4 : PNNS 2 (2006-2010)

<i>Programme 204</i>	2006	2007	2008	2009	2010
<i>Administration Centrale</i>	0,74	0,99	1,29	1,62	1,124
<i>Services déconcentrés</i>	2,45	2,5	2,8	3,8	3,8
<i>INPES*</i>	5,9	10,4	10,9	10,9	10,9
Total	9,09	13,8	14,99	16,32	15,82

Source : DGS, crédits engagés. Retraitement par la Cour ; * Institut national de prévention et d'éducation à la santé (intégré à Santé publique France depuis 2016).

Tableau n° 5 : les crédits du PNNS 3 (2011-2015 et prolongation 2016 2017)

<i>Programmes</i>	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Administration Centrale</i>	0,62	1,1	1,03	0,71	0,63	1,04	0,51
<i>Services déconcentrés</i>	6,96	8,58	9,89	6,3	8,2	10	15,6
<i>INPES</i>	8,34	9,64	6,2	6,3	3,63	1,7 (ANSP)	1,7 (ANSP)
Total	15,92	19,32	17,12	13,31	12,46	12,74	17,81

Source : DGS, crédits engagés. Retraitement par la Cour

Les crédits délégués directement par l'administration centrale financent essentiellement l'observatoire de la qualité de l'alimentation (OQALI) à hauteur de 300 000 € par an, des enquêtes (cofinancement INCA, enquêtes menées dans les DOM) et des actions d'animation (villes PNNS) et de formation.

Les crédits attribués à l'INPES ont diminué progressivement, passant de 8 M€ en 2011, à 6 M€ en 2013 et 2014, 3,6 M€ en 2015, et à 1,7 M€ à partir de 2016.

Les actions régionales sont financées par le fonds d'intervention régional (FIR)⁸⁵ à partir de 2012, celui-ci intégrant également les crédits du plan obésité 2011-2013, à l'exception de la mission d'intérêt général (MIG) destinée aux transports bariatriques. Au sein du FIR, la nutrition représente actuellement 5,9 % de la composante « Actions en matière d'éducation à la santé et de prévention des maladies, des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux »⁸⁶. Les crédits déconcentrés sont en augmentation depuis 2014, passant de 6,3 M€ à 15,6 M€ en 2017⁸⁷ (dont 12,3 M€ « promotion de la nutrition » et 3,3 M€ de lutte contre l'obésité, au sein desquels 1 M€ est attribué aux centres spécialisés obésité).

Ces crédits ne rendent cependant pas compte de l'ensemble des actions menées : dans plusieurs ARS, la porte d'entrée des actions dans le domaine de la nutrition peut être le diabète, les maladies cardio-vasculaires ou, pour l'activité physique, des actions cancer, jeunes, personnes en situation précaire dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). De plus, ces chiffres n'intègrent pas les cofinancements, soit d'autres services déconcentrés, soit des collectivités locales, notamment, pour ces dernières, ceux mobilisés dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS).

Les actions de prévention menées par la CNAM

Parmi d'autres acteurs du champ de la santé, la CNAM alloue des crédits du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) pour des actions de prévention. Les CPAM procèdent par appels à projets, ce qui explique qu'il y ait d'importantes variations d'une caisse à l'autre en fonction de la présence et du dynamisme des opérateurs.

Entre 2012 et 2017, les montants restent très limités et sont en moyenne de l'ordre de 700 000 € annuels, la région Occitanie étant particulièrement engagée, avec près de la moitié de ces crédits. Ces actions n'ont pour le moment pas été évaluées. La CNAM a précisé, dans sa réponse à la Cour, qu'une évaluation était prévue pour les actions financées en 2016, 2017 et 2018, par le moyen d'une enquête de terrain auprès des porteurs de projets destinés aux enfants.

S'agissant des autres ministères (sports, agriculture et éducation nationale), seules des informations très générales ont pu être collectées dans le cadre de l'enquête. Elles fournissent des ordres de grandeur et ne correspondent généralement pas à des actions exclusivement destinées à la prévention de l'obésité, d'autres thématiques étant souvent associées aux actions menées en matière de sport, d'alimentation ou d'éducation à la santé.

Le ministère des sports a consacré, en 2018, au titre de la part territoriale du Centre national pour le développement du sport (CNDS), 14 M€ au déploiement des programmes régionaux sport santé bien-être » (PRSSBE).

⁸⁵ Le fonds d'intervention régional (FIR) a été créé le 1^{er} mars 2012, en application de l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012, avec pour ambition de regrouper au sein d'une même enveloppe, globale et fongible asymétriquement, des crédits à la main des ARS auparavant dispersés.

⁸⁶ DREES, « La prévention institutionnelle », in *Les dépenses de santé en 2017*, 2018.

⁸⁷ Fonds d'intervention régional, rapport d'activité 2017. Le montant total du FIR pour 2017 est de 3,370 Md€.

Le programme national pour l'alimentation du ministère de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt a bénéficié de 4,5 à 5 M€ par an au niveau national et de 2 M€ pour des actions déconcentrées. Du côté de l'éducation nationale, depuis 2017, le programme « Un fruit pour la récré » étendu aux produits laitiers bénéficie de financements européens à hauteur de 35 M€ chaque année.

Enfin, une enveloppe budgétaire de 12 M€ par an est prévue de la part de l'État pour le dispositif des petits déjeuners récemment mis en place dans le cadre du plan pauvreté (dont 9 M€ pour 2019).

Un plan décliné tardivement et insuffisamment dans les outre-mer

Les DOM présentent des caractéristiques particulières : des taux de précarité importants, une situation épidémiologique marquée par des prévalences élevées, ainsi qu'un taux de pathologies liées à l'obésité (diabète en particulier) plus important qu'en métropole, notamment parmi les classes d'âge les plus jeunes. Par ailleurs, les produits de consommation sont pour partie différents de ceux de la métropole et en troisième lieu, les habitudes alimentaires sont caractérisées par une forte consommation de produits sucrés. Dans son rapport sur la santé outre-mer, la Cour appelait de ses vœux la mise en place d'une politique de santé dédiée⁸⁸. Peu de temps après, la nécessité d'une attention spécifique à l'outre-mer pour l'ensemble des politiques de santé a été inscrite dans la loi.

Dans le cadre du PNNS 3 et du PO des mesures spécifiques à l'outre-mer ont été adoptées en 2012. Parmi ces mesures, l'amélioration de l'offre alimentaire devait donner lieu à des actions visant à ce que, pour une gamme comparable de produits, la teneur moyenne en sucre soit identique dans les territoires des départements d'Outre-mer et en métropole. Cette mesure devait être suivie par la conduite d'enquêtes de terrain, l'analyse de l'offre en produits transformés et la promotion de la signature des chartes d'engagement de progrès nutritionnel (PNNS) et des accords collectifs (PNA).

Pour mettre en place le PNNS et le plan obésité/PO outre-mer, les ARS ultramarines ont été destinataires début 2012 d'une instruction de la DGS. Il leur était recommandé de mettre en place une coordination intersectorielle avec les autres plans nationaux déclinés outre-mer (programme national pour l'alimentation – PNA notamment), et, pour les Antilles, avec les mesures du plan chlordécone. Il a été également demandé aux ARS d'entreprendre une démarche de sensibilisation aux principes du PNNS vis-à-vis des chaînes de télévision et de radio ultramarines, cette démarche incitative ayant eu peu d'impact à ce jour⁸⁹.

Les autres mesures communes visaient à favoriser la participation des collectivités locales et la coordination des acteurs sous l'égide d'un plan régional alimentation nutrition santé (PRANS). Elles comportaient également des actions de dépistage et prise en charge de l'obésité et des maladies associées (diabète, hypertension), avec une attention particulière pour les femmes enceintes (prise de poids pendant la grossesse). Enfin, un volet prévoyait l'élaboration d'outils de communication adaptés au contexte local (culture, pratiques alimentaires).

⁸⁸ *La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République*, 2014. Disponible sur <https://www.ccomptes.fr/fr/publications>.

⁸⁹ Note d'information du 18 mars 2014 DGS/EA3/n°34 concernant la mise en œuvre de l'actions 12-3 du PNNS 3 relative au renforcement des messages de santé publique et à la réduction des effets de la pression publicitaire par la sensibilisation des producteurs de programmes télédiffusés à la relation nutrition et santé par les ARS dans les territoires d'outre-mer.

Les mesures spécifiques comportaient notamment :

- pour la Guadeloupe et la Martinique, l'amélioration de l'offre alimentaire, en lien avec le plan national Chlordecone (prévention et gestion des risques auprès des populations habitant dans les zones contaminées) ;
- pour la Guyane, des actions sur l'offre alimentaire et l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire, et la mise en place d'une étude pour permettre l'enregistrement de l'IMC à partir des certificats des visites obligatoires ;
- pour Mayotte des mesures visant à agir sur l'offre nutritionnelle, à renforcer la surveillance de l'état nutritionnel de la population, et à mettre en place un dépistage par mesure de l'IMC ;
- pour La Réunion, des actions de promotion de la pratique de l'activité physique, notamment en milieu scolaire, et de renforcement de la surveillance de l'état nutritionnel de la population.

Plus récemment, le volet santé outre-mer de la stratégie nationale de santé 2018-2022 a réaffirmé la priorité donnée à la lutte contre les maladies chroniques, notamment le diabète, très lié à l'obésité. Le PNNS 4 comporte un volet spécifique à l'outre-mer qui se situe dans la continuité des précédentes mesures.

II - Un pilotage régional hétérogène et dispersé

A - Des partenariats multiples entre les agences régionales de santé, les acteurs locaux et les collectivités territoriales

Pratiquement toutes les ARS ont inclus la thématique de la prévention du surpoids et de l'obésité dans leurs projets régionaux de santé (PRS) 2013-2017 et dans les nouveaux PRS prévus pour la période 2018-2022. De nombreuses actions de prévention primaire sont déclinées dans différents milieux (population générale, enfants en milieu scolaire ou non, personnes en situation de précarité).

La DGS a diffusé une instruction précisant la marche à suivre⁹⁰ pour les ARS ainsi qu'un guide méthodologique d'aide à la mise en œuvre au PNNS et du PO en régions. Elle a également confié à l'École de Santé Publique de l'Université de Lorraine la conception d'un outil d'évaluation des interventions en nutrition nommé EVALIN. Il a pour but d'aider les opérateurs à construire l'évaluation des projets locaux, régionaux ou nationaux qu'ils développent ; il est également destiné aux financeurs pour les aider à compléter l'analyse des projets qui leurs sont soumis⁹¹. La fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) a pour sa part diffusé un guide de bonnes pratiques pour les études régionales et locales⁹².

⁹⁰ Instruction N° DGS/EA3/DGOS/2011/380 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition santé (PNNS 3) et du plan obésité (PO) par les Agences Régionales de Santé (ARS).

⁹¹ Ouvert en décembre 2012, il a été complété en 2017 par un tutoriel en ligne. À ce jour cet outil semble insuffisamment utilisé selon les ARS, bien que la fréquentation du site soit de l'ordre de 4 à 5 000 visiteurs par an (32 000 depuis son ouverture).

⁹² FNORS, *Harmoniser les études en nutrition : bonnes pratiques pour les études régionales et locales*, 2009.

Les actions engagées présentent une importante hétérogénéité qui résulte de la diversité des parties prenantes. La mobilisation des ARS dépend du degré de priorité qu'elles ont accordé à la prévention du surpoids et de l'obésité dans leurs projets régionaux de santé (PRS), des ressources humaines affectées à ce programme (très inégales d'une agence à l'autre) et de l'engagement des autres partenaires, qu'il s'agisse des services déconcentrés d'autres ministères, des collectivités territoriales, ou des opérateurs de projet, le plus souvent associatifs. La plupart des ARS ont en effet mis en œuvre des projets nombreux et divers, le plus souvent en partenariat avec d'autres acteurs. La multiplicité de ces derniers, le fait qu'ils portent souvent sur plusieurs thèmes en même temps (par exemple prévention et diabète, ou surpoids et sur santé des jeunes, ou surpoids et précarité), explique l'absence de lisibilité et de suivi au niveau national.

Les rapports d'activité et le bilan du PNNS donnent des informations très générales, plutôt relatives à la déclinaison régionale d'actions lancées par le niveau national : mise en œuvre de formations, des chartes villes actives PNNS ou établissements PNNS, collaboration avec les IREPS pour le développement d'outils de promotion de la santé. Les réponses des ARS aux demandes de la Cour, quoiqu'inégales, ont permis de tirer des enseignements : la plupart des ARS ont privilégié les actions envers les populations vulnérables (la plupart du temps, les personnes en situation de précarité, mais, pour certaines, également les détenus, les personnes âgées, les personnes porteuses de handicap) ; des actions en lien avec l'alimentation et l'activité physique ; et, enfin, des actions ciblant les enfants, notamment en milieu scolaire. Ces actions passent principalement par des partenariats avec l'Éducation nationale, les services déconcentrés du ministère de l'agriculture et du ministère des sports. Pratiquement toutes les ARS ont ainsi conclu des partenariats avec les académies, les DRJSCS, et les DRAAF.

Les « villes actives PNNS » ont été mises en place en 2004 dans le cadre du PNNS 1. Le dispositif consiste, pour une ville, à s'engager à nommer un référent « actions municipales PNNS » et à mettre en œuvre chaque année un certain nombre d'actions conformes au PNNS. Il est formalisé par la signature d'une charte co-signée par le maire ou le président d'intercommunalité, le ministre chargé de la santé, le président de l'association des maires de France (AMF) et des présidents d'intercommunalités, et le directeur général de l'ARS. Un bilan annuel est communiqué aux ARS pour les villes de plus de 20 000 habitants. Un guide est proposé pour la mise en place des actions⁹³.

Ce dispositif, malgré quelques limites, notamment l'insuffisante maîtrise en méthodologie de projets pour des petites communes, a été jugé favorable à la mobilisation des collectivités locales lors des PNNS 1 et 2⁹⁴. Il a cependant connu un essoufflement au cours du PNNS 3, qui s'est manifesté en 2014 par l'arrêt du soutien financier du ministère de la santé. Il a cependant été redynamisé récemment et étendu aux départements : 80 nouvelles signatures ont été enregistrées en 2018.

⁹³ Ministère de la santé, *Villes et nutrition : améliorer la nutrition et la santé de la population par l'alimentation et l'activité physique. Guide à l'usage des élus et des services communaux et intercommunaux*, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_pnns_ville_new.pdf.

⁹⁴ « Le réseau des villes actives du PNNS », in *Collectivités territoriales et santé*, ADSP n° 82, mars 2013.

Le contrat local de santé (CLS)⁹⁵ a été également utilisé par la plupart des ARS. Il permet d'établir un lien entre les PRS et les projets portés par les collectivités locales et constitue, en matière de prévention, un outil favorisant l'intersectorialité, d'où sa pertinence pour une thématique telle que l'obésité. Le niveau communal est particulièrement intéressant pour développer des projets au plus près de populations spécifiques. Dans le cadre des visites effectuées lors de l'enquête de la Cour, les CLS mis en place par la région des Hauts de France et par le département de La Réunion ont permis d'apprécier la place de ces actions⁹⁶. Dans le cadre des réformes en cours, visant à privilégier l'approche territoriale, les CLS seront amenés à s'articuler avec les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

A La Réunion, un effort réel pour améliorer le pilotage régional

Dans le cadre du PNNS 3, les ARS des DOM devaient mettre en place, en lien avec les directions de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt (DAAF) et les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DJSCS), un programme régional « nutrition santé » englobant à la fois les aspects santé, alimentation, et sport. Ces programmes devaient permettre d'intégrer les différents plans : le programme national nutrition santé / plan obésité (PNNS/PO), le programme national pour l'alimentation (PNA) et le plan « sport, santé, bien-être » (PSSBE).

Cet objectif a été rempli de manière inégale⁹⁷ : à La Réunion, l'intégration des plans a été mise en place dès 2013 et semble avoir été la plus poussée, à la Martinique un comité technique de suivi a été mis en place avec les autres administrations concernées en 2015⁹⁸, à la Guadeloupe et en Guyane, il ne semble pas y avoir eu de coordination multilatérale structurée. L'ARS Océan Indien a mis en place un pilotage unifié dans le cadre du programme régional alimentation activités nutrition santé (PRAANS) : celui-ci a été formalisé par un arrêté intégrant le plan régional de l'alimentation et le plan sport santé bien être pour la période 2013-2016⁹⁹. Il a été adopté avec le concours des collectivités locales et des services de l'État : direction de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DAAF), directions régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DJSCS), rectorat, Caisse générale de sécurité sociale, Régime social des indépendants, observatoires régionaux de santé (ORS), instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS), centre hospitalo-universitaire (CHU) et Mutualité de La Réunion, et a donné lieu à une convention cadre également signée par la région, le Conseil général et l'association des maires du département.

⁹⁵ Ces contrats reposent depuis la loi HPST de 2009 sur l'article L. 1434-17 du Code de la santé publique qui dispose que « la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social ».

⁹⁶ Cf. annexe n° 5.

⁹⁷ La mission d'évaluation du PNNS/PO confiée à l'IGAS en 2016 ne couvrait pas les DOM. Les éléments disponibles pour apprécier la mise en œuvre de ce volet des plans s'appuient sur des bilans produits par la DGS et les ARS et sur les visites de terrain faites dans le cadre de l'enquête. Les bilans produits par les administrations sont succincts et limités, dans l'ensemble, au recensement des actions mises en place.

⁹⁸ Programme régional nutrition santé Martinique 2015-2018.

⁹⁹ Arrêté n° 78/2013/ARS OI du 8 avril 2013.

Les investigations effectuées par la Cour à La Réunion dans le cadre de l'enquête¹⁰⁰ ont permis de constater en effet une articulation étroite avec la DAAF et la DJSCS, de même qu'avec les autres signataires de la convention. La coordination formalisée a été reconduite à la fin du PRAANS dans le cadre du PRS 2018-2023 sous forme d'une nouvelle convention avec les services concernés. Le schéma régional des soins prévoit pour cette période des actions centrées sur le secteur sanitaire et le sport santé, avec des objectifs relatifs à la santé nutritionnelle¹⁰¹, les actions sur l'offre alimentaire étant par ailleurs programmées par la DAAF.

La situation dans les DOM¹⁰² continue de nécessiter des mesures adaptées et un effort soutenu. Le PNNS 4 prévoit ainsi deux mesures spécifiques à l'outre-mer : d'une part, la réalisation d'une expertise collective, confiée à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), sur la nutrition. D'autre part, la « feuille de route obésité » qui constitue le volet soins du PNNS 4 et qui prévoit « d'adapter et de soutenir la filière obésité dans les outre-mer notamment en développant la collaboration entre les centres spécialisés de l'obésité (CSO) de l'Hexagone et les établissements et professionnels d'outre-mer et en proposant des programmes d'éducation thérapeutique adaptés ». Ces mesures semblent cependant à la fois peu précises et insuffisantes face aux enjeux.

B - Au niveau déconcentré, un pilotage interministériel défaillant

Il existe aujourd'hui deux types d'instances de coordination de la politique nutritionnelle. La première, les commissions de coordination des politiques publiques de santé (CCPP), ont été créées en 2010¹⁰³, sous l'autorité et la responsabilité des directeurs généraux d'ARS comme le confirme la loi du 24 juillet 2019¹⁰⁴. Parmi elles, la commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile devrait être le lieu d'articulation entre services déconcentrés pour les actions du PNNS qui présentent des interfaces avec les autres initiatives ou programmes. Ainsi, elle devrait faire travailler ensemble les directions de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt (DAAF), celles de l'éducation nationale (rectorats), ou encore les directions de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS). À cela s'ajoute la nécessaire coordination avec les collectivités locales, notamment dans le cadre des contrats locaux de santé. Or, depuis leur création, ces commissions de coordination des politiques publiques de santé se sont peu réunies et n'ont donc pas été suffisamment mobilisées pour assurer la coordination des politiques régionales en matière de prévention de l'obésité. Selon le SGMAS, « en pratique, le niveau de représentation des membres siégeant au sein des CCPP est trop souvent insuffisant pour que

¹⁰⁰ Cf. annexe n° 5.

¹⁰¹ Axe III du volet II du schéma régional de santé, PRS 2018-2023.

¹⁰² Les premiers résultats de cette expertise collective, à paraître en janvier 2020, ont été publiés le 19 novembre 2019 : ils confirment des prévalences de surpoids, d'obésité, et de diabète bien supérieures dans les DOM par rapport à la métropole ainsi que le rôle néfaste d'une alimentation plus sucrée. Cf. MÉJEAN C., dir., 2020 – *Alimentation et nutrition dans les départements et régions d'Outre-mer*, Marseille, IRD Éditions, coll. Expertise collégiale, bilingue français-anglais, IRD, 2020 ISSN : 1633-9924.

¹⁰³ Le décret n° 2010-346 du 31 mars relatif aux commissions de coordination des politiques publiques de santé a prévu la création, auprès de chaque ARS, de deux commissions : celle de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile d'une part, celle des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux d'autre part.

¹⁰⁴ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

l'instance ait les moyens d'assurer un rôle décisionnel, conduisant à la conclusion de partenariats bilatéraux ou à la mise en place d'autres instances partenariales *ad hoc* »¹⁰⁵.

La seconde instance de coordination régionale des politiques publiques en matière d'alimentation est le comité régional pour l'alimentation (CRALIM), qui est chargé de la mise en œuvre du programme national pour l'alimentation. Ces comités étaient, jusqu'au décret du 12 avril 2019, placés sous l'autorité du DRAAF et les ARS y ont rarement été associées. Depuis le décret du 12 avril 2019, ils sont placés sous l'autorité des préfets de région.

La coordination régionale de la politique de prévention et de lutte contre l'obésité est donc actuellement répartie entre deux instances administratives qui se réunissent très peu, à un niveau inadéquat pour les commissions de coordination des politiques publiques de santé, tandis que les comités régionaux pour l'alimentation n'ont pas de lien avec les ARS.

Une meilleure articulation de ces commissions a été prévue par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé¹⁰⁶. Il conviendra d'adapter en ce sens le futur décret d'application afin de mettre en place un dispositif de coordination intersectorielle plus efficace.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

Si les pouvoirs publics se sont mobilisés depuis les années 2000 pour lutter contre l'obésité, en mettant en place différents plans nationaux, la coordination de ces actions s'est avérée insuffisante. La mobilisation du comité interministériel pour la santé (CIS), créé en 2014, a récemment amélioré la coordination des politiques publiques de santé et devrait permettre une meilleure coordination des actions de lutte contre l'obésité au niveau national.

Au niveau régional, la coordination interministérielle dans le domaine de la prévention n'a pas non plus fait ses preuves, même après la mise en place des agences régionales de santé (ARS) en 2010. La déclinaison des plans s'est faite de manière hétérogène et a mis en évidence les difficultés de coopération entre services déconcentrés de l'État, notamment ceux responsables de l'alimentation, des sports et de l'éducation nationale.

Le pilotage régional des services déconcentrés pourrait être renforcé sous l'égide des directeurs généraux des agences régionales de santé et des préfets. Un dispositif de coordination intersectorielle plus efficace doit se mettre en place dans le cadre des comités régionaux pour l'alimentation (CRALIM) et des comités de coordination des politiques publiques (CCPP).

En conséquence, la Cour formule la recommandation suivante :

- 2. renforcer la coordination intersectorielle de la politique nutritionnelle au niveau régional sous l'autorité conjointe des préfets de région et des DG d'ARS (SGMAS, ARS, préfets).*
-

¹⁰⁵ Réponse adressée à la Cour des comptes par le SGMAS dans un courrier en date du 17 septembre 2019.

¹⁰⁶ Article L. 1432. Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Chapitre III

Une politique de promotion de la santé plus dynamique mais une régulation de l'offre alimentaire insuffisante

En France, les politiques de prévention sont considérées comme le « parent pauvre » des politiques de santé, une faible part de la dépense courante de santé y étant consacrée¹⁰⁷. La politique de prévention de l'obésité représente 4 % des dépenses de prévention en santé, soit environ 22M€¹⁰⁸. L'un des aspects de cette prévention relève de l'amélioration de la connaissance de la population en ce qui concerne le lien entre la nutrition et la santé.

Pour mieux protéger la population de la consommation de produits alimentaires de mauvaise qualité nutritionnelle, il importe également de renforcer son accès à l'information. Dans ce domaine, les organisations internationales (OMS, OCDE) s'accordent aujourd'hui pour estimer que la lutte contre l'obésité repose à la fois sur l'encadrement des pratiques de « marketing alimentaire », et sur la protection du consommateur. Or, en dépit des multiples tentatives des pouvoirs publics, l'efficacité de la régulation de l'offre alimentaire (transparence du marché, encadrement des pratiques de marketing alimentaire et publicité pour enfants), est encore trop limitée en France.

¹⁰⁷ Pour l'année 2016, l'OCDE l'estime à 2 %, contre 3 % en moyenne pour les autres pays. Selon la DREES, cette part a légèrement augmenté en 2017, s'établissant à 2,2 % (6 Md€, pour une dépense courante de santé de 270,8 Md€).

¹⁰⁸ Estimation DREES 2018.

I - Une politique de promotion de la santé nutritionnelle mieux ciblée

A - Des campagnes d'information qui se modernisent

Historiquement, les actions nationales de prévention visant à améliorer les connaissances de la population en matière d'alimentation et de nutrition ont été confiées principalement à l'INPES, intégré en 2016 à Santé publique France¹⁰⁹. Les principaux messages des PNNS 1 et 2 (« cinq fruits et légumes par jour », ainsi que ceux portés par le site d'information « mangerbouger.fr », diffusés par des publicités audiovisuelles) ont acquis une réelle notoriété. Celle-ci est attestée par les études individuelles nationales des consommations alimentaires (INCA) réalisées par l'ANSES et Santé Publique France, qui étudient la connaissance des repères du PNNS dans la population¹¹⁰. Après une phase de pénétration des principaux messages au cours des années 2000, la progression des connaissances semble cependant marquer le pas dans certains cas. D'une manière générale, les principales limites des actions de communication « grand public » restent cependant leur faible capacité à toucher les publics les plus à risque et leur effet souvent temporaire.

La finalité des campagnes d'information a cependant évolué au cours des dernières années : il s'agit désormais non plus seulement d'accroître les connaissances théoriques des individus, mais d'augmenter les compétences psychosociales¹¹¹, particulièrement parmi les enfants et les adolescents. Dans le champ de la nutrition a ainsi émergé le concept de « compétence en alimentation » (*food literacy* en anglais) qui désigne les compétences permettant aux personnes de s'approprier réellement les messages et les changements de comportements alimentaires.

Ainsi, dans le cadre du PNNS 3, la stratégie de communication vise à développer les connaissances nutritionnelles de l'ensemble des publics ; renforcer la confiance des Français dans leur capacité à bien manger et à bouger davantage ; développer les compétences alimentaires, notamment à travers les nouveaux outils digitaux.

Le premier volet a été essentiellement couvert par l'élaboration et la diffusion de guides sous forme de brochures et de supports numériques, s'adressant à des publics divers : à tous les âges de la vie, aux personnes en situation de handicap ou même ayant un accès limité au français. Le site « mangerbouger.fr », site d'information historique sur le PNNS et ses repères, a évolué en 2013 avec l'ajout de volets pratiques comme la « fabrique à menus », afin de proposer des outils plus facilement accessibles. Il comporte désormais plusieurs rubriques auxquelles s'est ajoutée l'ouverture du volet « Bouger plus » en 2016. La synthèse de ces

¹⁰⁹ Santé publique France (encore appelée Agence nationale de santé publique), réunissant l'INPES, l'InVS et l'EPRUS, a été créée le 1^{er} mai 2016 par l'ordonnance n° 2016-462 et le décret 2016-523.

¹¹⁰ ANSES, Santé Publique France, chapitre 8.3 « Connaissance des repères du PNNS », in *Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA 3)*, rapport d'expertise collective, juin 2017. À titre d'exemple l'étude INCA 3 montre ainsi que 74 % des adolescents connaissent les repères sur les 5 fruits et légumes dont la consommation journalière est recommandée.

¹¹¹ Définies par l'OMS comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne ».

actions de communication est présentée dans le bilan du PNNS 3¹¹², avec, pour chaque action, un descriptif et les évaluations menées.

Des actions de communication commencent à se mettre en place au dernier trimestre 2019 pour assurer la diffusion auprès du grand public des nouvelles recommandations alimentaires publiées en janvier par Santé publique France et fondées sur l'expertise collective menée par l'ANSES¹¹³. Les messages relatifs à l'alimentation, à l'activité physique et à la sédentarité pour les adultes ont été, par ailleurs, simplifiés, pour les rendre accessibles au grand public et facilement utilisables par les professionnels. Ils sont disponibles sur le site de Santé Publique France et ont fait l'objet d'une campagne de communication grand public initiée le 22 octobre 2019¹¹⁴ ainsi que d'une diffusion auprès des médecins par le biais notamment de revues médicales¹¹⁵.

L'Institut national du cancer (INCa), pour sa part, a été chargé de l'information destinée au grand public sur les liens entre facteurs nutritionnels et cancer. L'institut diffuse ainsi depuis 2015 des campagnes visant à améliorer les connaissances de la population sur les liens entre alimentation et cancer.

D'autres acteurs ont également mis en œuvre la diffusion de messages de prévention, dont la CNAM, par le biais du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS)¹¹⁶, dont on peut regretter cependant l'absence de coordination avec ses partenaires. Il faut y ajouter des intervenants privés, notamment les associations et les mutuelles, pour lesquelles il est difficile de recueillir des données exhaustives. La Mutualité française relève cependant 8 000 actions de prévention menées par ses unions régionales chaque année, à destination du grand public mais également des professionnels de santé.

Les coûts du programme en ligne « Santé Active » de l'Assurance maladie

Intégré au service internet Santé Active et accessible à tous les assurés, le programme Nutrition Active est un parcours personnalisé d'une durée d'un à trois mois qui vise à informer et à favoriser l'adoption de comportements limitant la prise de poids. Il intègre la connaissance des repères du PNNS en vigueur, des conseils pratiques à mettre en œuvre au quotidien et des outils de motivation et d'évaluation, qui sont déclinés sous des formes pédagogiques variées et adaptées au profil des utilisateurs. Le programme nutrition était décliné en cinq ateliers successifs (apprendre à manger équilibré et pratiquer une activité physique, conseils pratiques pour décrypter les emballages, faire ses courses et élaborer des menus complets et équilibrés).

¹¹² Ministère des affaires sociales et de la santé, *Bilan du PNNS 3*, 27 juillet 2016.

¹¹³ Cf. annexe n° 2.

¹¹⁴ <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2019/commencez-par-ameliorer-un-plat-que-vous-aimez-deja>

¹¹⁵ Groupe Quotidien du médecin le 23 octobre 2019.

¹¹⁶ Créé sur la base de l'article L. 262-1 du Code de la sécurité sociale, le FNPEIS est géré par la CNAMTS et permet aux centres de sécurité sociale de financer des actions de prévention.

Si l'objectif initial était de deux millions d'utilisateurs (avec un coût individuel de 2 €), le coût d'élaboration de cet outil (4 M€, financés sur le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires pour le marché initial et les avenants de 2012 à 2014, auxquels il faut ajouter 200 000 €/an de 2015 à 2017) semble disproportionné par rapport au nombre d'utilisateurs accompagnés de manière effective par ce service. Généralisé en 2016, le service comptait, en février 2019, un total de 267 000 inscrits (dont 140 000 pour le programme nutrition), soit un coût par utilisateur inscrit de 17,20 €, sans préjuger de l'utilisation effective du service. En effet, en ce qui concerne la nutrition, seuls 4 % des utilisateurs avaient dépassé le premier atelier et 15 % n'en avaient réalisé aucun (81 % étant restés au niveau du premier atelier).

Dans sa réponse à la Cour, la CNAM a fait état de difficultés juridiques liées à la liquidation de la société prestataire en septembre 2016. Elle reconnaissait que « Santé active est obsolète en raison des retards accumulés pour son ouverture et des impossibilités à le faire évoluer »¹¹⁷.

Le ministère chargé de l'agriculture a produit dans le cadre du programme national pour l'alimentation des brochures et des kits « bien manger, c'est l'affaire de tous » à destination du grand public et a créé un portail Alim'gouv dès 2010. Pour sa part, le ministère chargé des sports mène depuis 2010 « sentez-vous sport », une opération nationale de promotion du sport pour tous.

Santé Publique France déploie par ailleurs plusieurs outils destinés aux professionnels. Ainsi, l'INPES a accompagné les recommandations de la HAS de 2011 sur la prise en charge médicale des enfants et adolescents présentant un surpoids ou une obésité, en mettant à disposition un « kit IMC », ainsi qu'une brochure synthétisant les recommandations nutritionnelles pour les enfants et les adolescents, destinée aux parents.

Des outils ont également été conçus en faveur d'autres professionnels. « Fourchettes & Baskets » fait actuellement l'objet d'une refonte, en vue d'un outil numérique qui sera disponible pour les professionnels de l'Éducation nationale courant 2020. Des instruments ont été développés vis-à-vis des professionnels du secteur social travaillant auprès de personnes en situation de précarité, dont un nouvel outil numérique élaboré avec la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) qui sera disponible en 2020.

B - L'impact des actions d'information et de communication est encore difficile à mesurer avec précision

Dans son rapport sur la prévention de 2011¹¹⁸, la Cour constatait déjà la difficulté de l'évaluation dans ce domaine. Plusieurs raisons expliquent cet état de fait :

- la distinction entre différents niveaux de prévention n'est pas toujours possible (primaire et secondaire, individuelle ou collective) ;
- l'impact des actions d'information sur les facteurs de risque à l'origine de pathologies qui se développent après plusieurs années n'est mesurable qu'à long terme ;

¹¹⁷ Réponse de la CNAM au questionnaire complémentaire de la Cour reçue en date du 16 juin 2019.

¹¹⁸ Cour des comptes, *La prévention sanitaire*, octobre 2011. Disponible sur <https://www.ccomptes.fr/fr/publications>.

- il est difficile de mesurer la part attribuable à une mesure donnée (d'autres actions de prévention dans le domaine des maladies cardiovasculaires, du diabète, du cancer étant également susceptibles d'agir sur le surpoids et l'obésité) ;
- la multiplicité des opérateurs et des niveaux d'intervention ne permet souvent pas de faire la part entre l'impact d'une action nationale et celle d'une action régionale ou locale ;
- les changements de comportement sont difficiles à mesurer.

Dans son évaluation du PPNNS 3, l'IGAS a ainsi rappelé « le caractère illusoire de toute tentative d'évaluation de l'impact sanitaire d'un éventail d'actions qui, par nature, s'agissant de la modification durable de représentations et de comportements profondément ancrés, ne peuvent réellement porter leurs fruits dans le temps d'un programme de 5 ans », tout en constatant que les objectifs initialement fixés au PNNS ont été « partiellement ou totalement atteints, sans que l'on puisse identifier la part attribuable aux actions de communication nationale ». Parmi les objectifs du PNNS 3, la stabilisation de la prévalence en population générale a ainsi été atteinte, ce résultat étant à mettre en relation avec un ensemble d'actions auxquelles la population a été exposée, sans que la part qui revient à chacune soit identifiable.

Malgré ces difficultés, des éléments d'appréciation sont apportés par les évaluations des campagnes de communication, ainsi que par les études menées sur la connaissance, par la population, des repères du PNNS.

Alors que les campagnes nationales de communication ont rarement été évaluées au cours des années 2000, c'est désormais systématiquement le cas¹¹⁹ : la plupart des actions de communication de l'INPES ont fait l'objet de pré et post tests, le niveau de pénétration des messages et les connaissances correspondantes faisant souvent l'objet de sondages, d'entretiens individuels ou par *focus group*¹²⁰. Certaines campagnes ont ainsi pu être réorientées, comme celle diffusée en 2012 sur la chaîne de télévision M6 sous forme de programmes courts (« Bons pas et petits plats ») : l'évaluation avait mis en évidence que les personnes touchées ne s'identifiaient pas aux personnages, voire trouvaient les messages stigmatisants, ce qui a amené à l'abandon de l'action. L'évolution du site « Bouger Plus » à la suite de post tests réalisés en 2013 a permis d'accroître sa fréquentation. Ce type d'évaluation ne permet cependant généralement pas de suivre à distance le caractère durable des effets d'une communication, ceux-ci ayant généralement tendance à s'estomper dans le temps.

¹¹⁹ Le même constat était fait par la Cour dans le cadre de l'enquête sur les consommations nocives d'alcool.

¹²⁰ Un *focus group* correspond à une étude qualitative réalisée au sein d'un groupe spécifique, culturel, sociétal ou idéologique afin de déterminer la réponse de ce groupe et l'attitude qu'il développe au regard d'un produit, d'un service, d'un concept ou de notices. Santé publique France a fourni la liste de ces évaluations dans sa réponse à la Cour.

Des actions probantes et évaluées

Quelques actions, reposant sur des expérimentations incluant une évaluation *ex ante*, ont permis de proposer aux acteurs de terrain des interventions considérées comme « probantes » et reproductibles. Un recensement des interventions de prévention et/ou de promotion de la santé dans le domaine de la promotion de l'activité physique menées sur le territoire en 2013-2014 a été réalisé à l'aide de la base OSCARS (Outil d'Observation et de Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé), celle de la Mutualité française ainsi que d'un questionnaire en ligne sur le site de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

Les données issues de ce recensement ont ensuite été comparées aux critères d'efficacité identifiés dans la littérature scientifique en vue de formuler des propositions pour la mise en place d'interventions efficaces. L'analyse de ces publications a souligné l'importance de promouvoir des actions visant à créer des environnements favorables et impliquant les parents. Elle a abouti à la mise à disposition d'un répertoire des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé, disponible pour les opérateurs sur le site de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé, s'accompagnant d'informations nécessaires à la mise en œuvre¹²¹.

Parmi ces actions, le programme de promotion de l'activité physique « intervention auprès des collégiens, centrée sur l'activité physique et la sédentarité » (ICAPS) constitue un exemple d'action probante reconnue par l'OMS : à la suite de sa première expérimentation, il s'est développé depuis une dizaine d'années dans plusieurs régions, avec un accompagnement de l'INPES. Il s'appuie sur une étude qui a porté sur près de 1 000 élèves au début des années 2000, dont l'objectif était de favoriser la pratique d'une activité physique, dans l'enceinte de l'école mais également en dehors de l'établissement, aussi bien pendant les loisirs que dans la vie quotidienne.

Les résultats ont montré que ce programme limite le risque de prise de poids excessif et que les enfants participant au programme pratiquent davantage d'activité physique que les autres, cet effet se maintenant dans le temps. En effet, après deux ans, la proportion des collégiens pratiquants réguliers atteignait 87 % dans ces collèges alors qu'elle n'était que de 62 % dans les collèges témoins. À la fin de l'étude, 4,4 % d'entre eux avaient un surpoids dans les collèges « action » contre 9,8 % dans les collèges « témoins »¹²². Ce programme nécessite toutefois un accompagnement important des collectivités territoriales

II - Une régulation de l'offre alimentaire à renforcer

La régulation de l'offre alimentaire est un facteur reconnu de prévention de l'obésité et de réduction des inégalités sociales de santé en ce qu'elle permet d'intervenir sur la qualité nutritionnelle du produit alimentaire. Les mesures qui ont été prises recouvrent ainsi trois domaines : la composition nutritionnelle des aliments, les conditions de commercialisation et de distribution de ces derniers (marketing alimentaire¹²³), elles ont un impact très limité.

¹²¹ http://inpes.santepubliquefrance.fr/registre_interventions/liste.asp.

¹²² SIMON Chantal, SCHWEITZER Brigitte, PLATAT Carine, TRIBY Emmanuel, *La Santé de l'homme*, 2007, n° 387.

¹²³ Le terme de « marketing alimentaire » recouvre quatre leviers d'action : le prix de vente, la publicité, le produit et son packaging et le lieu de distribution. CHANDON, Pierre, ANDRÉ, Quentin, « Les effets du marketing sur les comportements alimentaires », *Cahiers de nutrition et diététique* (2015) 50, 6S69-6S74.

A - Les mesures prises pour améliorer la qualité nutritionnelle des aliments ont un impact limité

Les pouvoirs publics ont engagé, depuis le début des années 2000, une politique visant à favoriser l'amélioration la qualité nutritionnelle de l'alimentation pour réduire l'un des facteurs de risques les plus importants de l'obésité, et reposant pour l'essentiel sur des mesures incitatives et le consensus entre les acteurs.

1 - L'Observatoire de l'alimentation : un outil de suivi indispensable qu'il convient de soutenir

Pour mieux informer le consommateur de la qualité nutritionnelle des produits alimentaires, le PNNS a mis en place l'Observatoire de la qualité de l'alimentation (OQALI), qui, depuis 2010 et la loi de modernisation de l'agriculture et de la pêche¹²⁴, est intégré dans l'Observatoire de l'Alimentation¹²⁵, lui-même placé auprès des ministres chargés de la consommation, de la santé et de l'alimentation¹²⁶.

L'OQALI collecte et analyse les données portant sur la qualité des aliments ; il est aussi chargé d'évaluer l'impact des engagements pris par les entreprises du secteur de l'agro-alimentaire dans le cadre des chartes d'engagement volontaire de progrès nutritionnel (voir *infra*). S'il contribue de mieux en mieux à la bonne information des pouvoirs publics et des consommateurs, il lui reste encore des difficultés à surmonter, notamment quant à la validation des données collectées.

D'une part, l'OQALI ne dispose que de données relatives aux produits transformés, pour lesquels manquent certaines informations, comme la distinction entre les sucres ajoutés et les sucres simples, la connaissance de la présence des édulcorants et de leur quantité, ainsi que la connaissance des additifs et la distinction des protéines végétales et animales.

D'autre part, ses procédures internes de validation des données sont longues (une année en moyenne), du fait de la méthode de constitution des indicateurs d'évaluation. En effet, pour élaborer ces indicateurs, l'OQALI doit associer des caractéristiques de la qualité du produit (composition nutritionnelle) à des informations sur les volumes de consommation. Or, ces données sont fournies par une société spécialisée dans les études de marché¹²⁷ qui ne collecte les chiffres des quantités consommées qu'une seule fois par an, contraignant ainsi l'OQALI à les attendre pour calculer les indicateurs d'évaluation. L'observatoire a toutefois indiqué à la Cour qu'une réflexion était à l'étude pour tenter de remédier à cette difficulté technique.

¹²⁴ Loi n° 2010-874 de modernisation de l'agriculture et de la pêche du 27 juillet 2010.

¹²⁵ Cet observatoire doit éclairer les pouvoirs publics et les acteurs économiques sur les évolutions de l'offre et de la consommation alimentaires. Il comprend trois sections dont une section nutritionnelle, offre et caractéristiques des aliments – l'observatoire de la qualité des aliments (OQALI) – ayant pour mission de suivre l'évolution de la qualité nutritionnelle des produits alimentaires transformés disponibles sur le marché français.

¹²⁶ L'OQALI recueille la quasi-totalité des informations disponibles sur les emballages et en particulier les valeurs nutritionnelles, l'étiquetage nutritionnel simplifié, les allégations nutritionnelles, de santé ou d'intérêt et les données socio-économiques comme les prix et les parts de marchés. Entre 2013 et 2018, le nombre de produits référencés dans la base de données OQALI est passé de 26 000 à plus de 52 000, correspondant à la quasi-totalité des produits vendus en moyennes et grandes surfaces.

¹²⁷ La société Kantar.

Enfin, s'agissant de l'exploitation des données sur la composition des produits, l'OQALI rencontrait jusqu'à présent des difficultés de nature juridique. Ces informations lui étaient adressées par les industriels aux termes d'une convention stipulant que leur diffusion était subordonnée à leur anonymisation par effacement des marques, limitant ainsi la qualité de l'information fournie aux consommateurs. Avec le soutien de ses ministères de tutelle, l'OQALI s'efforce d'améliorer l'accès aux informations en les « dés-anonymisant ». Une décision de son comité de pilotage en date du 5 juillet 2019 a disposé qu'à l'avenir, les données reçues seraient considérées comme publiques et diffusées sur le site Internet dans le cadre d'une mise à jour annuelle¹²⁸. La « dés-anonymisation » des données de l'OQALI a été présentée aux industriels les 20 juin 2019 (FCD) et 12 juillet 2019 (Ania). À la date de l'instruction, les industriels étaient favorables à cette décision. Si celle-ci est confirmée, tous les produits et toutes les informations accessibles sur l'étiquetage seront « dés-anonymisés ».

2 - Les chartes d'engagement volontaire de progrès nutritionnels et les accords collectifs avec les industriels : une tentative décevante

L'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments par les producteurs du secteur agro-alimentaire repose aussi sur la maîtrise de la composition des aliments, et en particulier des taux de sucres, de gras et de sel, dont la consommation excessive est l'une des causes de l'obésité, ainsi que de plusieurs maladies comme le cancer¹²⁹, comme l'indique l'OMS¹³⁰.

Pour atteindre cet objectif, les pouvoirs publics ont mis au point une méthode incitative reposant sur le volontariat des industriels avec deux types d'instruments : les chartes d'engagement volontaire de progrès nutritionnel, adoptées dans le cadre du PNNS d'une part, et les « accords collectifs », adoptés dans le cadre du programme national de l'alimentation (PNA).

Les chartes d'engagement volontaire de progrès nutritionnel valident les engagements volontaires, pris par une entreprise du secteur de l'agro-alimentaire, portant principalement sur l'amélioration de la qualité nutritionnelle de produits alimentaires qu'elle met sur le marché. Ces chartes comportent par exemple des engagements sur la diminution de la teneur en sel, en sucres ajoutés et en lipides, avec une date d'échéance fixée par nutriment. Elles comportent aussi des engagements sur la commercialisation des produits, par exemple sur des aspects de présentation et d'accessibilité ou *merchandising*. Elles ont été établies à partir d'un référentiel mis en place en 2007 et actualisé en 2011 à la demande du gouvernement, qui détermine les critères de validation de la charte (caractéristiques et modalités d'évaluation de l'engagement). Ce référentiel est le fruit d'une démarche concertée associant les pouvoirs publics (ministères de l'économie et des finances, de l'agriculture et de l'alimentation, de la santé), les organisations professionnelles du secteur, des organisations de consommateurs, le Conseil national de l'alimentation, des scientifiques spécialistes de nutrition, l'ANSES et l'INRA. L'évaluation de l'impact des engagements pris relève de l'OQALI.

¹²⁸ Dès lors qu'elles auront fait l'objet des traitements pour lesquels elles ont été recueillies (publication du rapport sectoriel correspondant ou du bilan semestriel pour les données servant au suivi du Nutri-Score).

¹²⁹ Le NHS a montré dans une étude de juillet 2019 que l'obésité causait 13 sortes de cancers.

¹³⁰ Voir le plan d'action pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 de l'OMS.

D'après cet organisme, ces chartes ont constitué, dans les premières années de leur entrée en vigueur, un progrès dans la sensibilisation et la prise de conscience des acteurs de l'industrie agroalimentaire. Ainsi entre janvier 2008 et décembre 2012, 31 chartes d'engagement nutritionnels ont été signées¹³¹. Ce mouvement a ensuite ralenti : entre 2012 et 2017, huit nouvelles chartes ont été conclues, traduisant la réticence de certains industriels à s'engager dans ce processus d'autorégulation.

En 2016, une étude de l'OQALI¹³², qui a couvert 12 secteurs et suivi 254 aliments consommés par six populations, définies en fonction de l'âge et du sexe, a montré que l'effet de ces chartes restait modeste : en prenant en considération les valeurs énergétiques calculées uniquement à partir des teneurs en glucides, lipides et protéines, aucune évolution significative n'a été observée pour les apports énergétiques moyens journaliers liés à la consommation des 254 aliments étudiés¹³³.

Les « accords collectifs » sont définis à l'article L. 230-4 du code rural et de la pêche maritime. Comme les chartes d'engagement de progrès nutritionnel, ils sont signés avec des entreprises du secteur de l'agro-alimentaire ou avec des organismes représentant un secteur. Ils ont « pour but de permettre une évolution favorable de la qualité nutritionnelle des denrées, tout en prenant en compte leur qualité gustative ainsi que leurs conditions de production et de commercialisation. Ils fixent des objectifs à atteindre en matière de qualité nutritionnelle, conformément aux orientations définies dans le cadre du PNSS prévu à l'article L. 3231-1 du code de la santé publique, et en matière de promotion des modes de production, de transformation et de distribution durables des produits agricoles et agroalimentaires ».

Les accords collectifs sont validés après avis de deux comités d'experts indépendants¹³⁴ et soumis à une procédure prévue par un référentiel du 28 novembre 2013, élaboré par le ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt. Seuls six accords collectifs ont été signés, au rang desquels ceux du secteur des boissons rafraîchissantes sans alcool¹³⁵, du secteur

¹³¹ Par des entreprises comme Casino, Brossard, Fleury-Michon, Herta, Orangina notamment. La liste des entreprises est librement accessible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/les-signataires-des-chartes-d-engagements-de-progres-nutritionnels>.

¹³² Cette étude souligne aussi que les efforts fournis par les signataires sont globalement importants, mais qu'il existe des marges d'amélioration pour de nombreux aliments. Les volumes de sucres, de lipides, d'AGS, d'acides gras trans (ce sont des acides gras insaturés qui proviennent d'un processus industriel de solidification des matières grasses végétales, ils sont des facteurs de risques cardio-vasculaires) ou de sodium retirés du marché représentent une part importante des volumes initialement mis sur le marché par les produits couverts par une charte. Chaque année, à marché constant, sont retirés 1660 tonnes de sel, 15 000 tonnes de sucres, 8500 tonnes de lipides, 220 tonnes d'acides gras trans alors que 308 tonnes de fibres et 704 tonnes d'acides gras omega 3 sont ajoutés.

¹³³ Ils ont tendance à être plus faibles pour les hommes adultes (-0,3kcal/jour ; -0,1 %), les filles de 11 à 17 ans (-0,5kcal/jour ; -0,1 %) et les filles et les garçons de 3 à 10 ans (respectivement -1,0kcal/jour ; -0,2 % et -0,4kcal/jour ; -0,1 %). À l'inverse, ils ont tendance à augmenter pour les femmes adultes (+0,4kcal/jour ; +0,1 %) et les garçons de 11 à 17 ans (+0,8kcal/jour ; +0,1 %).

¹³⁴ Par exemple le 6 juillet 2016, une entreprise s'est engagée à réduire de 3 % le taux de sucre dans ses desserts avant fin 2018. Or, en mai 2019 elle n'indiquait nulle part sur son site qu'elle avait atteint cet objectif. En revanche, sur sa page d'accueil, à côté de la mise en exergue de l'accord collectif signé en 2016, figurait en bonne place une publicité pour deux nouveaux produits, etc.

¹³⁵ Les signataires de l'accord collectif (Refresco Gerber France, Orangina Schweppes France, Coca-Cola Entreprise, Coca cola France et Pepsico France) représentent plus de 80 % du marché français des boissons rafraîchissantes sans alcool (BRSA) en valeur et en volume.

de la charcuterie, du secteur de la boulangerie artisanale, ou encore l'accord collectif Herta. À la différence du suivi des chartes d'engagement volontaire de progrès nutritionnel, le référentiel ne prévoit pas explicitement de suivi de l'impact des accords volontaires sur la composition nutritionnelle des produits.

Si les accords collectifs peuvent aider à fédérer l'ensemble des parties prenantes, leur impact est à ce jour non évalué et qualifié, par le ministère de la santé, comme encore limité. Le principe visant à encourager les démarches d'engagement volontaire de la part d'acteurs économiques, tant sur la qualité nutritionnelle des produits que sur les portions et les formats, a toutefois été maintenu dans la feuille de route 2018-2022 de la politique de l'alimentation, document adopté en conclusion des états généraux de l'alimentation adoptée le 8 février 2018¹³⁶.

En revanche, la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur l'alimentation industrielle dans son rapport de septembre 2018¹³⁷, en a critiqué le principe : « Au final, cette politique des engagements volontaire aboutit au fait que l'industrie agroalimentaire ne respecte même pas les préconisations sanitaires de l'ancien PNNS 2 ni du PNNS 3 alors même que le PNNS 4 est en cours de validation ».

3 - La nécessité de renforcer la régulation pour améliorer la qualité nutritionnelle des produits alimentaires

Dans sa stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé adoptée en 2014, l'OMS rappelle le rôle clef que l'industrie agro-alimentaire devrait jouer : « en réduisant la teneur en graisse, en sucre et en sel des aliments préparés, proposant à tous les consommateurs des produits sains et nutritifs à un prix abordable, limitant la commercialisation d'aliments riches en lipides, en sel et en sucre, notamment ceux qui sont destinés aux enfants et aux adolescents ; et en veillant à proposer des aliments sains et à favoriser la pratique d'une activité physique sur le lieu de travail ».

Par ailleurs, l'OMS a adopté, le 14 mai 2018, un guide, qui présente, étape par étape, les mesures à prendre pour éliminer de l'alimentation les « acides gras trans » (huiles insaturées hydrogénées par exemple) produits industriellement. Or, ces substances sont également responsables de l'obésité¹³⁸, ainsi que d'autres maladies graves (risque cardio-vasculaire notamment). Ce guide formalise le fait que la composition nutritionnelle des aliments peut faire l'objet d'une politique publique interventionniste et contraignante puisque l'OMS recommande explicitement « l'adoption de lois ou de mesures réglementaires, pour éliminer les acides gras trans produits industriellement ».

¹³⁶ Cette feuille de route a inspiré la loi EGALIM.

¹³⁷ Loïc PRUD'HOMME et Michèle CROUZET, rapport d'information n° 1266 fait au nom de la commission d'enquête sur l'alimentation industrielle, Assemblée nationale, septembre 2018.

¹³⁸ *Saturated fats*. American Heart Association (janvier 2015) et Avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments sur l'estimation des apports en acides gras trans de la population française du 20 février 2009 confirmé par l'ANSES le 25 mai 2016 (<https://www.anses.fr/fr/content/les-acides-gras-trans>).

Plusieurs pays à haut revenu (l'Autriche, le Danemark, la Hongrie, l'Islande, la Norvège et la Suisse) ont presque éliminé les acides gras trans produits industriellement en fixant par la loi des teneurs limites pour les aliments emballés.

En France, dans un avis de 20 février 2009, l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) indique qu'elle « encourage l'effort de réduction de l'utilisation de ces AG trans, tant en alimentation humaine qu'animale, afin de réduire le risque d'exposition » sans préconiser pour autant une solution réglementaire comme l'ont fait d'autres pays. Ces éléments plaident en faveur d'une remise en cause de la nature incitative des engagements volontaires, qu'il s'agisse des chartes ou des accords collectifs et conduisent à envisager les conditions d'une action plus normative. Des normes pourraient fixer, par exemple, des seuils maximaux de nutriments à ne pas dépasser, famille d'aliments par famille d'aliments. L'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments reposerait donc sur la détermination de seuils plafonds, notamment en ce qui concerne les taux de sel, de sucre et de gras. Pour préparer ce type d'action normative, il pourrait être envisagé, conformément aux recommandations de l'OMS, d'inclure dans la loi des objectifs cibles en termes de taux maximaux de sel, sucre et de gras, par filière.

De plus, les stratégies de *merchandising* de la grande distribution restent libres de contraintes, en dépit de leur effet négatif direct sur l'obésité, en particulier des enfants.

En quarante ans, la distribution des produits alimentaires s'est déplacée vers les grandes surfaces, qui concentrent désormais 70 % des dépenses alimentaires des ménages, dont environ 15 % dans les *hard-discounts*. À l'opposé, les petits commerces alimentaires sont passés de 20 % de parts de marché à moins de 10 %, les boulangeries résistant le mieux¹³⁹.

Les modifications des modalités d'accès à l'alimentation ont un effet direct sur le comportement des consommateurs, qui se tournent vers des aliments présentés et mis en valeur par les distributeurs selon les stratégies commerciales les plus rentables et, souvent, les moins qualitatives sur le plan nutritionnel. Le lien entre la distribution alimentaire et l'obésité a fait l'objet d'études comportementales, comme par exemple à l'île de La Réunion où l'évolution des conduites alimentaires a été particulièrement rapide et a abouti à une progression constante du nombre d'enfants obèses. L'alimentation traditionnelle est complétée, voire remplacée, par les produits caractéristiques de la grande distribution (friandises, biscuits, jus de fruit, lait chocolaté, limonade ou céréales de petit déjeuner) qui, placés en tête de gondole ou devant les caisses, sont achetés de façon préférentielle sous l'influence des enfants¹⁴⁰.

L'impact des stratégies de distribution consistant par exemple à augmenter la quantité des produits vendus à moindre prix (deux pour le prix de trois) sur la consommation de ces produits a été établi par plusieurs études¹⁴¹. Ainsi, les distributeurs et les chaînes de *fast food* ont mis au point la stratégie du *supersize* : moyennant un léger surcoût (suffisant pour créer un effet d'aubaine), le client peut obtenir trois paquets de bonbons ou de chips pour le prix de deux, accroître et enrichir son menu, obtenir une boisson plus volumineuse, une double ration de frites, etc. C'est d'ailleurs pour tenter de limiter les effets de cette stratégie sur la consommation de soda dans les chaînes de *fast food* que le ministère de la santé a adopté, en application de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, l'arrêté du

¹³⁹ INRA (dir.), *Évolutions des consommations, pratiques alimentaires et recommandations nutritionnelles, Comportements alimentaires*, éditions Quæ, 2012, pp. 5-26.

¹⁴⁰ POURCHEZ, Laurence, « Comportements alimentaires, petite enfance et grande distribution. Incorporation de nouvelles normes à l'île de La Réunion », *Journal des anthropologues*, vol. 106-107, no. 3, 2006, pp. 145-167.

¹⁴¹ BREVILLE, Benoît, « L'obésité indexée sur le PIB », *Manière de voir*, vol. 142, no. 8, 2015, pp. 54-58.

18 janvier 2017 relatif à l'interdiction de la mise à disposition de boissons à volonté, gratuites ou pour un prix forfaitaire, avec ajout de sucres ou d'édulcorants de synthèse. Il s'agit d'éviter les fontaines à sodas, qui contribuent, à l'instar de la stratégie du *supersize*, à inciter à la surconsommation de produits de mauvaise qualité nutritionnelle.

Aujourd'hui, le PNNS ne mentionne le terme de « distribution » que trois fois, en indiquant que la distribution alimentaire doit être conforme à la lutte contre le gaspillage mais sans aucune mention applicable aux promotions portant sur des produits peu sains ou aux stratégies de *merchandising*. Ce secteur devrait pourtant au moins être associé à l'autorégulation mise en œuvre actuellement par les pouvoirs publics. S'agissant de la distribution et des stratégies de commercialisation, l'OMS préconise ainsi l'établissement de « normes pour favoriser des pratiques alimentaires saines, en veillant à la disponibilité de denrées saines, nutritives, sans danger et accessibles financièrement dans les jardins d'enfants, les écoles, les autres institutions publiques et sur les lieux de travail » et « d'instruments réglementaires ».

La loi Lurel n'est toujours pas appliquée dans les DOM

La mise en œuvre de la loi n° 2012-1270 du 20 novembre 2012 relative à la régulation économique outre-mer et portant diverses dispositions relatives aux outre-mer, dite Lurel¹⁴², est au point au mort. L'arrêté d'application du 9 mai 2016 portant application de la loi n° 2013-453 du 3 juin 2013 visant à garantir la qualité de l'offre alimentaire en outre-mer a été pris avec retard. Il porte sur la teneur en sucres ajoutés, limitée à l'adjonction de saccharose et de sirops de sucres, et sur certaines catégories de produits. Il prévoit ainsi que la teneur en sucres de ces produits « distribués au consommateur final mais non distribués par les mêmes enseignes en France hexagonale, ne peut pas être supérieure à la teneur en sucres ajoutés la plus élevée constatée dans les denrées alimentaires assimilables de la même famille les plus distribuées en France hexagonale ». Les producteurs du secteur de l'agro-alimentaire visés par la loi Lurel fabriquent, par exemple, des yaourts nature contenant 13 % de sucre de plus que les autres¹⁴³.

Or, la mise en œuvre de cet arrêté s'avère très complexe : elle nécessite une comparaison entre les denrées consommées dans les DOM et en métropole alors que, dans de nombreux cas, il n'est pas possible de trouver un produit de comparaison. De plus, pour certains produits consommés dans les DOM, il est impossible de trouver les informations sur leur composition nutritionnelle. Dès lors, les directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi en charge de son application sont dans l'incapacité d'effectuer des contrôles sur ces produits, très nombreux, dans le cadre de leurs moyens limités d'investigation et de contrôle. La direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) n'a, à ce jour, donné aucune directive visant à rendre effectif le contrôle de la loi par ses services déconcentrés. Lors d'un déplacement à La Réunion réalisé dans le cadre de cette enquête, il a pu être constaté que la loi Lurel n'était pas mise en œuvre.

Il convient de veiller au respect de la loi Lurel dans les DOM, le cas échéant en renforçant les moyens de contrôle ou en simplifiant ses conditions d'application.

¹⁴² Du nom de M. Victorin Lurel, alors ministre des Outre-mer.

¹⁴³ Ces données sont issues d'une étude citée par le rapport n° 824 fait au nom de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur la proposition de loi tendant à prohiber la différence de taux de sucre entre la composition des produits manufacturés et vendus dans les régions d'outre-mer et celle des mêmes produits vendus dans l'hexagone, 20 mars 2013.

B - La régulation actuelle de la distribution alimentaire est quasi-inexistante

1 - L'accès aux distributeurs automatique n'est limité que dans les établissements scolaires

Le secteur de la distribution automatique alimentaire désigne les appareils destinés à fournir boissons ou denrées sans intervention directe autre que celle du consommateur. Son taux de croissance moyen annuel dépasse celui de la grande distribution. Le panier des produits vendus consiste le plus souvent en des produits gras et sucrés à faible qualité nutritionnelle (boissons chaude et froides, dont les sodas) et en alimentation d'appoint ou *snacking* (barres chocolatées, chips).

Les distributeurs automatiques sont nombreux : d'après les chiffres de la chambre syndicale nationale de vente et services automatiques, on en dénombrait 598 300 en 2017. 80 % des distributeurs automatiques se situent dans les entreprises et 20 % sont implantés dans les lieux publics. Dans les lieux publics, ils sont en augmentation constante depuis 15 ans et, en l'état actuel du marché, tous les lieux publics d'importance (gares, hôpitaux, aéroports, etc.) ainsi que toutes les entreprises et la plupart des lieux recevant du public (stations autoroutières, hôpitaux, maisons de retraite, etc.) sont équipés en distributeurs automatiques.

L'offre alimentaire des distributeurs automatiques est peu saine, comme l'illustre la répartition du chiffre d'affaires sur l'année 2018 par exemple. Le volume global de confiseries, eaux et pâtes jaunes (c'est-à-dire la biscuiterie) consommés pour les années 2016, 2017 et 2018 est en France de près de 189 M€, dont 85 % (161 millions) sont des aliments très sucrés et très gras.

La seule disposition législative qui encadre la distribution automatique de produits gras et sucrés est la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui prévoit que « les distributeurs automatiques de boissons et de produits alimentaires payants et accessibles aux élèves sont interdits dans les établissements scolaires à compter du 1^{er} septembre 2005 ». Aujourd'hui, cette loi semble respectée dans l'ensemble des établissements scolaires selon la direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO).

Une expérimentation avait été tentée par le secteur de la distribution automatique avec des « produits sains », notamment dans les gares, par le leader Selecta, en 2016 - 2017. Selon la chambre syndicale nationale de vente et services automatiques (NAVSA), cette expérimentation, qui prévoyait des distributeurs automatiques proposant des fruits et des légumes dans les principales gares parisiennes, a été « un échec commercial et, par ailleurs, une catastrophe en termes de rebus et de déchets ».

2 - La distribution alimentaire devrait être mieux encadrée

Dans son rapport de 2016 pour mettre fin à l'obésité de l'enfant¹⁴⁴, l'OMS recommande que l'industrie agro-alimentaire limite la commercialisation d'aliments riches en lipides, en sel et en sucre, notamment ceux destinés aux enfants et aux adolescents, et réduise l'exposition des enfants à la commercialisation de ces aliments nocifs. Deux évolutions pourraient être recherchées sur ces bases.

S'agissant de la grande distribution, les promotions alimentaires portant sur les aliments les plus gras et les plus sucrés pourraient être progressivement remplacées par des promotions pour les produits sains et nutritifs. Les produits peu sains pourraient aussi être restreints, voire exclus des abords des caisses.

Il pourrait aussi être envisagé, comme le recommande le Haut Conseil de la santé publique, dans son rapport de septembre 2017¹⁴⁵, d'encadrer l'installation et l'offre alimentaire des distributeurs automatiques, par exemple, en limitant les boissons sucrées ou édulcorées à une fraction de l'offre actuelle, le reste de l'offre disponible recouvrant alors des produits variés en termes de qualité nutritionnelle selon le Nutri-Score (par exemple des produits en A et B).

C - Une autorégulation en matière de publicité alimentaire à destination des enfants insuffisante

1 - Une nocivité du marketing alimentaire à la télévision et dans les autres médias à destination des enfants largement reconnue

L'impact des stratégies commerciales et de la publicité, quels que soient les supports (internet, téléphone portable, jeux vidéo ou tout autre support imprimé), sur les préférences alimentaires des enfants et sur l'épidémie d'obésité est établi et reconnu par la majorité des experts en France et à l'international¹⁴⁶ et ce depuis près de 20 ans¹⁴⁷. Ainsi, le rapport du conseil économique, social et environnemental publié le 29 janvier 2014 fait état des risques liés à l'exposition des enfants aux techniques marketing, tout comme l'étude de 2014 de l'INPES¹⁴⁸, qui a montré que l'influence de la publicité alimentaire sur les préférences alimentaires de leurs enfants était constatée par près de 65 % des parents.

¹⁴⁴ Organisation mondiale de la santé, *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity*, Genève, 2016.

¹⁴⁵ *Pour une politique nationale nutrition santé (PNNS) 2017-2022*, septembre 2017.

¹⁴⁶ Voir la liste des publications OMS Europe, *Le marketing des aliments à haute teneur en matières grasses, en sel et en sucre ciblant les enfants : bilan pour 2012-2013*.

¹⁴⁷ CAIRNS, G, ANGUS, K, et al. (2009), *The extent, nature and effects of food promotion to children: a review of the evidence*, Organisation mondiale de la santé, Genève, décembre 2008. CARTER, M.A, EDWARDS, R, et al. (2012), « Availability and marketing of food and beverages to children through sports settings: a systematic review », in *Public health nutrition* 15(8): 1373-1379.

¹⁴⁸ *Publicités alimentaires à destination des enfants et des adolescents. Canaux utilisés, investissements et ressorts publicitaires, aliments promus, impact sur les préférences alimentaires et les requêtes d'achats des enfants, perception d'une réglementation par les parents*. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Direction des affaires scientifiques, mai 2014.

Ces constats ont amené les organisations sanitaires internationales à des positions très nettes sur le sujet du marketing en direction des enfants, recommandant aux États la mise en place d'un encadrement et une limitation des techniques commerciales visant les mineurs¹⁴⁹. En France, dès 2000, l'Inserm puis l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) ont averti les pouvoirs publics du lien entre publicité et obésité chez l'enfant et conseillé son interdiction, puis réitéré cette recommandation dans le rapport sur le bilan du PNNS en 2006.

2 - Une régulation non contraignante de la régulation de la publicité pour enfants sans d'effet sur leur consommation de produits de mauvaise qualité nutritionnelle

En dépit des recommandations de l'OMS, des professionnels de santé publique et des associations de consommateurs, la directive européenne « Service des médias audiovisuels », applicable à la publicité pour enfants, prône l'autorégulation. Co-régulation et négociation en matière d'encadrement de la publicité ont donc prévalu sur l'adoption d'un cadre législatif plus prescriptif.

Cette dernière orientation est en revanche préconisée par plusieurs associations, comme l'association de consommateurs UFC-Que choisir et par le collectif d'associations « Obésité : protégeons nos enfants ». La ministre de la santé avait ainsi proposé en 2008 aux acteurs de l'industrie alimentaire d'élaborer un cadre d'engagements volontaires pour parvenir à la suppression de la publicité sur les produits à forte densité énergétique et faible densité nutritionnelle¹⁵⁰, mais la concertation n'a pas réussi et aucune mesure législative n'a été adoptée. Les tentatives parlementaires d'encadrement de la publicité pour lutter contre l'obésité infantile ont toutes échoué depuis 2004 : outre de nombreuses propositions d'amendement, huit propositions de loi en ce sens ont été déposées à l'Assemblée nationale ou au Sénat entre 2004 et 2013, sans succès.

La première disposition législative de prévention de l'obésité date de la loi relative à la politique de santé publique de 2004 qui prévoit uniquement l'obligation, pour les annonceurs de messages publicitaires sur tous les types de supports, et concernant les aliments manufacturés et les boissons sucrées, d'insérer au sein desdits messages une information à caractère sanitaire, (article L. 2133-1 du Code de la santé publique). En 2009, la loi HPST a introduit, en cohérence avec celle de 2004, le message « manger-bouger » dans les publicités télévisées.

Il est néanmoins prévu, depuis l'adoption de l'arrêté du 27 février 2007, que les annonceurs aient la possibilité de déroger à cette obligation en s'acquittant d'une taxe de 1,5 % affectée à l'INPES. Le montant de la taxe a été porté de 1,5 à 5 % par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

¹⁴⁹ Organisation mondiale de la santé, *Ending Childhood Obesity*, 2017. PAHO, *Recommendations from PAHO expert consultation on the marketing of food and non-alcoholic beverages to Children in the Americas*, 2012. Commission européenne, *EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020*, 2014. *Obesity update 2017*.

¹⁵⁰ La densité nutritionnelle d'un aliment est un indice qui mesure le contenu de cet aliment en micronutriments indispensables à la santé (vitamines et minéraux), par rapport à son contenu énergétique (calories). Plus l'indice est élevé et plus un aliment est intéressant pour la santé pour un nombre de calories donné. Les aliments dont la densité calorique est forte ont généralement une densité nutritionnelle faible (produits transformés gras et sucrés).

Le dispositif législatif est complété par des mesures d'autorégulation qui résultent de l'adoption de la « Charte d'engagement visant à promouvoir une alimentation et une activité physique favorables à la santé dans les programmes et les publicités diffusés à la télévision » signée le 18 février 2009, sous l'égide du conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) par les ministres de la santé et des sports, la ministre de la culture et de la communication, et par les professionnels des médias télévisés et de l'industrie agroalimentaire et renouvelée en 2014 : la deuxième version est un peu plus exigeante que la première puisque les engagements ont été légèrement accrus en volume (davantage d'heures d'émissions, évaluation de l'impact des missions diffusées par les chaînes, extension de la charte aux sites internet relayant les émissions de télévision) mais son efficacité est jugée faible par l'ensemble des associations de consommateurs.

De son côté, l'Autorité de régulation professionnelle de la publicité (ARPP) a adopté une recommandation intitulée « comportements alimentaires », entrée en vigueur en janvier 2010, pour permettre de mieux préciser les principes généraux inscrits dans la recommandation. Cette recommandation n'étant pas contraignante, elle est de faible efficacité.

Le bilan de la seconde Charte du CSA est jugé globalement insuffisant par le CSA dans son rapport au Parlement de 2018 où il indique que « les engagements de la charte ne visent pas assez les problématiques spécifiques aux classes précaires les plus susceptibles d'être exposées aux risques d'obésité » et que « les messages ne sont pas assez ciblés sur les enfants ».

Le CSA a pris position dans le sens d'un renforcement de la régulation des messages publicitaires destinés aux enfants. Cependant, aucune conséquence n'en a été tirée à ce stade dans la charte en cours d'élaboration pour les cinq prochaines années.

Si la télévision reste le média privilégié par les marques pour leurs investissements publicitaires alimentaires, on assiste à l'émergence d'investissements sur de nouveaux supports, notamment les sites web des chaînes télévisées spécifiques « jeunesse ». Sur les réseaux sociaux, les marques ont créé des *advert games*, jeux publicitaires en ligne qui mettent en scène les produits. L'absence de régulation de la publicité alimentaire destinée aux enfants dans les supports numériques plaide pour qu'un encadrement de nature législative soit mis en place.

3 - La France devrait se doter d'une régulation normative de la publicité pour enfant

L'adoption de la proposition de loi n° 2016-1771 du 20 décembre 2016 relative à la suppression de la publicité commerciale dans les programmes jeunesse de la télévision publique, dite loi Gattolin, prévoit, pour la première fois en droit de l'audiovisuel en France, la suppression de la publicité, qu'elle concerne ou non l'alimentation, dans les programmes télévisés destinés à la jeunesse pour les enfants de moins de 12 ans, et ce uniquement sur des chaînes du service public (France 2, France 3, France 5, France O). La loi, d'application directe, est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018 ; elle prévoit que les émissions ne pourront plus être précédées ni suivies d'annonces commerciales un quart d'heure avant et un quart d'heure après leur diffusion, elles ne seront pas non plus entrecoupées de publicité. Cette suppression est applicable aux sites internet et aux plateformes numériques liées aux émissions et programmes visés par cette même loi. La loi n'a pas encore été évaluée du point de vue du manque à gagner pour France Télévision, mais les recettes publicitaires de la chaîne visée par l'interdiction sont estimées par le CSA globalement à 19 M€.

L'évolution du droit européen et l'évolution des attentes de l'opinion publique incitent les pouvoirs publics à modifier la législation en place. La directive européenne sur les services de médias en date 14 novembre 2018 modifie la directive 2010/13/UE et prévoit au point 1.g de l'article 9, que la publicité ciblant les enfants ne doit pas leur causer de préjudice de santé. Le moyen juridique proposé est encore celui de la « co-régulation » ou de « l'autorégulation » visé au point 4 de l'article 9, c'est-à-dire l'adoption d'une réglementation facultative. Cette directive doit être transposée d'ici à janvier 2020, argument avancé au ministère de la culture et au CSA afin de justifier le retard dans l'adoption de la Charte en cours. Pourtant, la transposition de cette directive n'est pas indispensable à une modification de la réglementation dans le sens d'un durcissement des règles de la publicité alimentaire à destination des enfants.

Pour les produits alimentaires, il pourrait être envisagé d'élargir, par la voie législative, le champ d'application de la loi Gattolin au secteur audiovisuel privé par exemple, en définissant une liste d'aliments qui seraient exclus de la publicité, en s'appuyant sur le Nutri-Score ou sur tout autre moyen d'affichage ; ou en fixant des bornes d'âge comprises entre 0 et 16 ans pour le public cible des enfants (comme le propose le Bureau européen des unions de consommateurs contrairement à ce que souhaitent les annonceurs qui privilégient une borne d'âge maximale de 12 ans) ; en élargissant aussi le champ de l'interdiction à tous les supports, y compris numériques et vidéo à la demande, dont le CSA et l'autorité de régulation des communications électroniques et des Postes (ARCEP) pourraient, chacune dans son domaine, être l'autorité de régulation ; et en définissant un horaire pour l'interdiction de la publicité. Avant 21h, aucune publicité pour des aliments peu sains ne devrait être diffusée, ce qui recouvrirait des émissions qui ne rentrent pas dans le cadre de la définition actuelle des programmes jeunesse, moins large que celle retenue par la réglementation britannique qui porte sur les « programmes pour enfant » ou vus par un « nombre disproportionné d'enfants ».

La France en retrait par rapport à d'autres pays

La publicité en direction des enfants est interdite en Suède depuis 1991, en Norvège depuis 1992 et au Québec depuis 1980.

En Australie, il est interdit de faire de la publicité à la télévision sur les programmes destinés aux enfants d'âge préscolaire. Par ailleurs la répétition des publicités chez les enfants plus grands et l'usage de personnages appréciés des enfants – mascottes – sont limités.

En Grande Bretagne, l'*Office of communications* (Ofcom), autorité régulatrice dont les missions sont comparables à celles du CSA, interdit la publicité pour les produits alimentaires peu sains pendant les programmes pour enfants et les programmes vus par un nombre disproportionné d'enfants. Les enfants visés par la réglementation sont les enfants de 0 à 15 ans. Les produits peu sains sont établis selon le modèle de profil nutritionnel développé par la *Food Standard Agency* et qui constitue un modèle objectif, transparent et applicable à tous les aliments. La réglementation britannique restreint aussi les techniques de publicité qui assurent la promotion de produits peu sains : il n'est plus possible d'utiliser les mascottes, les célébrités, les offres promotionnelles dans les publicités visant directement les enfants en âge préscolaire ou à l'école primaire, c'est-à-dire entre 0 et 9 ans. Un rapport d'évaluation de l'efficacité de ces mesures a été publié par Ofcom dès 2008¹⁵¹ : il montre que les règles remplissent en partie leur objectif car les enfants sont nettement moins exposés à la publicité télévisée qu'ils ne l'étaient avant l'entrée en vigueur des règles. Néanmoins les enfants sont encore trop exposés aux publicités pour des produits peu sains, et ce en raison d'une définition trop étroite de la notion de « programme vu par les enfants ».

III - Une information du consommateur qui s'améliore progressivement grâce au Nutri-Score

A - La lente mise en place de l'étiquetage nutritionnel

1 - L'adoption du nouveau logo

En France, le principe d'un logo nutritionnel sur les emballages alimentaires destiné à mieux informer le consommateur est apparu dans le PNNS 2011-2015, (action 3.1). Dès 2013, le PNNS préconisait, sur la base d'études publiées, la mise en œuvre d'un logo nutritionnel simplifié, placé en face avant des emballages alimentaires. Il recommandait que ce logo soit un score à cinq classes traduites par cinq couleurs, du vert au rouge, appelé 5-C, devenu ultérieurement Nutri-Score. Cette proposition allait dans le même sens que celles des associations de consommateurs comme l'UFC-Que choisir qui avaient, de longue date, souhaité un étiquetage nutritionnel synthétique simplifié, placé en face avant.

L'article 14 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 dispose que la déclaration nutritionnelle obligatoire figurant sur l'emballage des produits alimentaires « peut être accompagnée d'une présentation ou d'une expression complémentaire au moyen de graphiques ou de symboles, dans les conditions prévues à l'article 35 » du règlement européen 1169/2011, dit règlement INCO. L'article 35 de ce règlement prévoit que « [...] Les États membres peuvent recommander aux exploitants du secteur alimentaire d'utiliser une ou plusieurs formes d'expression ou de présentation complémentaires de la déclaration nutritionnelle dont ils estiment qu'elles satisfont le mieux aux exigences fixées au paragraphe 1, points a) à g) [...] ». L'élaboration du logo recommandé par les pouvoirs publics a été marquée par des difficultés et par l'opposition d'une partie des industries agroalimentaires et des distributeurs. L'association nationale des industries alimentaires (ANIA) avait écrit à la Commission européenne en juillet 2013 puis, de même que la fédération italienne de

¹⁵¹ Ofcom, *HFSS (high fat salt or sugar) advertising restrictions Final Review*, 26 juillet 2010.

l'agroalimentaire et de diverses fédérations nationales ou européennes de producteurs, déposé plainte auprès d'elle le 20 février 2014 contre le système coloriel « *Traffic lights* » (feux tricolores) mis en place en Grande-Bretagne.

À la suite d'une concertation lancée par la ministre des affaires sociales et de la santé avec les parties prenantes, un accord s'est dégagé en 2016 pour retenir le principe d'une évaluation préalable. Cette idée faisait suite à une proposition formulée en juin 2015 dans le cadre de travaux antérieurs du Fonds Français pour l'alimentation et la santé. Cette évaluation, pour un budget total de 2,3 M€, a été financée par des subventions publiques (1,1 M €) et par le Fonds français pour l'alimentation qui a apporté 1,2 M€ venant de 70 entreprises de la production et de la distribution. La combinaison des divers effets explorés systématiquement a fait apparaître une nette supériorité pour Nutri-Score, qui est devenu le système de référence, sur une base volontaire.

Le choix par les pouvoirs publics, par l'arrêté du 31 octobre 2017, du Nutri-Score comme le seul système d'étiquetage nutritionnel recommandé par l'État s'est rapidement heurté à l'opposition d'une partie des industriels. À ce jour, on ne dispose pas encore d'évaluations relatives à la mise en œuvre du logo : la liste des entreprises qui se sont engagées à le mettre en œuvre fait principalement apparaître, parmi les groupes importants, Fleury Michon, Bonduelle, Danone produits frais France et Casino¹⁵². 180 marques et entreprises se sont engagées en faveur du Nutri-Score au 20 septembre 2019. Le Nutri-Score a néanmoins été accueilli favorablement par les consommateurs, qui disposent ainsi d'un moyen simple et compréhensible d'information sur la qualité nutritionnelle des aliments. Le 31 décembre 2018, le Nutri-Score a été élu meilleure innovation de l'année pour la Belgique par le journal *De Standaard*.

Face aux résistances rencontrées, certains parlementaires ont tenté d'introduire une obligation d'affichage dans les publicités : en mai 2018, lors de l'examen du projet de loi agriculture et alimentation, des députés de différents partis ont cherché à interdire ou limiter les messages publicitaires en faveur des « produits alimentaires et boissons trop riches en sucre, sel ou matières grasses et ayant pour cible les enfants de moins de 16 ans » sur « tout support de communication radiophonique, audiovisuel et électronique » et de rendre obligatoire la mention du Nutri-Score sur tous les supports publicitaires pour les denrées alimentaires. Cet amendement n'a pas été voté¹⁵³.

Selon un sondage mené par Santé publique France sur des échantillons allant de 1 000 à 2 000 personnes, en mai 2019, 81 % des Français avaient déjà vu ou entendu parler du Nutri-Score contre 58 % en avril 2018, avant une campagne de promotion. Près d'un quart (23,6 %) des sondés de mai 2019 assurent que le Nutri-Score les a incités à choisir un produit mieux noté qu'un autre, contre moins de 14 % en avril 2018. Dans le PNNS 4 lancé le 20 septembre 2019, la Ministre de la santé a souligné l'importance du Nutri-Score pour atteindre les objectifs fixés par ce plan.

¹⁵² Santé Publique France, *NUTRI-SCORE, dossier pédagogique*, février 2018.

¹⁵³ Les principaux dirigeants des chaînes de télévision avaient pour leur part adressé, le 10 mai, une lettre au gouvernement et à plusieurs députés, pour s'opposer fermement aux « restrictions relatives à la publicité alimentaire dans les médias », estimant que cette « simple mention nutritionnelle » risquerait de faire fuir leurs annonceurs.

2 - L'enjeu de l'obligation de l'étiquetage nutritionnel

Les démarches entreprises pour rendre obligatoire l'affichage nutritionnel ont échoué, notamment en raison d'un possible incompatibilité avec le règlement européen INCO.

Lors de son discours de politique générale, le 12 juin 2019, le Premier ministre s'est félicité de la mise en place du Nutri-Score et a déclaré : « Nous la défendrons auprès de la Commission européenne et de nos partenaires afin de rendre le Nutri-Score obligatoire ». Si cette proposition était retenue, l'affichage du Nutri-Score sur tous les produits alimentaires serait un gage de qualité nutritionnelle, et pourrait, à terme, constituer un élément de montée en gamme des produits de l'industrie agro-alimentaire française, dans un marché européen de plus en plus sensible à la qualité de l'alimentation. Rendre le Nutri-Score obligatoire permettrait un encadrement normatif plus efficace pour améliorer la composition nutritionnelle des aliments avec l'instauration de plafonds de sel, de sucre et de graisses saturées et de mettre en place une politique de régulation des produits distribués par les distributeurs automatiques. La lutte contre l'obésité s'en trouverait renforcée.

D'un point de vue juridique, l'une des options ouvertes pour aller dans le sens indiqué par le Premier ministre serait de faire de l'apposition du Nutri-Score une obligation légale, en vertu de la protection du consommateur et de son droit à l'information. Dans cette perspective, le Nutri-Score ne serait pas considéré comme une « forme d'expression et de présentation complémentaire » visée par l'article 35 du règlement 1169/2011 INCO, en ce qu'il est une appréciation nutritionnelle globale de la denrée et constitue en fait une allégation nutritionnelle visée par le règlement 1924/2006.

Si la France voulait imposer le Nutri-Score sur ses produits alimentaires, elle pourrait mettre à l'étude la possibilité de le faire dans le cadre du régime des allégations nutritionnelles qui doivent être notifiées à la Commission et aux autres États membres au titre de l'article 23 du règlement 1924/2006.

L'information nutritionnelle pour les boissons alcoolisées

La question de la mention de la liste des ingrédients contenus dans les boissons alcoolisées et de leur valeur énergétique remonte à la première législation européenne sur l'étiquetage général adoptée en 1972¹⁵⁴, qui prévoyait qu'en ce qui concerne les boissons titrant plus de 1,2 % d'alcool en volume, « le Conseil, sur proposition de la Commission, détermine, avant le 22 décembre 1982, les règles d'étiquetage des ingrédients ». Depuis, malgré plusieurs rapports et propositions, aucune règle n'a été introduite concernant l'étiquetage général des ingrédients des boissons alcoolisées, celles-ci restant à ce jour exemptées des obligations liées au règlement INCO¹⁵⁵. Seules s'appliquent les dispositions relatives à certaines substances ou certains produits provoquant des allergies ou intolérances, l'obligation d'afficher le titre alcoométrique, et des dispositions portant sur des normes techniques.

¹⁵⁴ Directive 79/112/CEE du Conseil relative au rapprochement des législations des États membres concernant l'étiquetage et la présentation des denrées alimentaires destinées au consommateur final ainsi que la publicité faite à leur égard.

¹⁵⁵ Règlement n° 1169/2011 relatif à l'obligation de déclaration nutritionnelle.

En 2017, la Commission a rendu au Parlement et au Conseil un rapport faisant le point sur la question et présentant les positions des parties prenantes¹⁵⁶ : dans ce document, elle rappelle que 53 pays, dont les États membres de l'UE, ont adhéré au plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020 de l'Organisation mondiale de la santé, qui indique : « il convient de mentionner sur l'étiquette les ingrédients revêtant une importance sanitaire, comme la teneur en calories et, de manière générale, d'étiqueter les boissons alcoolisées de la même manière que les autres denrées alimentaires, de manière à garantir aux consommateurs un accès à des informations complètes sur le contenu et la composition du produit, à des fins de protection de leur santé et de leurs intérêts »¹⁵⁷. Elle concluait que « dans la mesure où la déclaration nutritionnelle est devenue obligatoire pour la grande majorité des denrées alimentaires préemballées à compter du 13 décembre 2016, la situation particulière des boissons alcoolisées est désormais encore plus frappante » et relevait que « le Parlement européen, mais aussi l'Organisation mondiale de la santé et les organisations de défense des consommateurs et de santé publique, demandent désormais de nouvelles règles pour l'étiquetage des boissons alcoolisées, notamment en ce qui concerne la mention de la valeur énergétique sur l'étiquette ».

Pour autant, la Commission s'est limitée à proposer, dans un premier temps, de favoriser le renforcement des initiatives volontaires actuelles visant à fournir la liste des ingrédients et la déclaration nutritionnelle, invitant le secteur à répondre aux attentes des consommateurs et à présenter, dans l'année suivant l'adoption du rapport, une proposition d'autoréglementation couvrant l'ensemble du secteur des boissons alcoolisées.

Actuellement, la question de l'information du consommateur sur les boissons alcoolisées fait l'objet de négociations internationales à deux niveaux : européen, pour le vin, dans le cadre de la révision de la politique agricole commune (PAC), et mondial, pour l'ensemble des alcools, l'étiquetage de tous types de boissons alcooliques étant abordé dans le cadre des travaux sur le « codex alimentarius »¹⁵⁸. Dans les deux cas, l'information du consommateur porte sur deux sujets : les aspects nutritionnels d'une part, les ingrédients d'autre part. Pour ces derniers, les producteurs plaident pour une information dématérialisée tandis que la DGS, à juste titre, estime qu'elle devrait être présente sur les étiquettes, notamment, pour les vins, pour les ingrédients qui ne varient pas selon les années ou les cépages. Pour l'information nutritionnelle, il est indispensable que soient présentes sur les étiquettes la valeur énergétique (exprimée par unité de 100 ml ou par unité d'alcool), et, au minimum, la quantité de glucides. C'est la position actuellement défendue par la DGS dans les arbitrages interministériels : elle doit être portée par la France dans le cadre des négociations internationales.

¹⁵⁶ Rapport de la Commission au Parlement européen et au Conseil concernant la mention obligatoire de la liste des ingrédients et de la déclaration nutritionnelle sur l'étiquetage des boissons alcoolisées, COM (2017) 58 final/2, 7.7.2017.

¹⁵⁷ OMS Europe, *Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020*.

¹⁵⁸ Créé en 1962, et placé sous la tutelle de l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et de l'Organisation mondiale pour la Santé (OMS), le Codex Alimentarius recueille les lignes directrices et les codes d'usages relatifs à l'alimentation.

B - La généralisation des outils numériques, une perspective prometteuse pour mieux protéger le consommateur

Certaines associations de consommateurs ou d'intérêt général organisent la collecte de données sur la composition d'un produit alimentaire et en assurent gratuitement le partage via des applications sur *smartphone*. Les consommateurs peuvent ainsi scanner le code barre du produit afin d'obtenir une appréciation sur sa composition nutritionnelle. Ces applications n'émanent pas d'organismes publics mais de collectifs citoyens. Elles s'appuient sur *l'open data* à l'instar de Yuka, une application qui se finance en partie avec des dons et les versions payantes et qui utilise la base de données sous licence ouverte *Open Food Facts*.

Les limites de ce type d'application résident néanmoins dans le fait que les données entrées par les usagers ne sont pas vérifiées systématiquement et peu contrôlées. *Open Food Facts* par exemple est un projet porté par une association loi de 1901 ; tous les participants et développeurs qui ajoutent et renseignent les « fiches produits » sont bénévoles. Le financement (moins de 1 000 euros par an) provient exclusivement de dons individuels et le site est labellisé par Santé publique France.

S'il est prévu par le PNNS 4 une mesure (action 24) visant à « s'assurer de la qualité et de la fiabilité des applications numériques orientant les consommateurs dans leur choix alimentaires », la mise en œuvre de cette mesure, dont le pilotage est confié à la DGCCRF, suppose que les associations de consommateurs soient plus soutenues sur le plan matériel afin de renforcer la transparence et le droit à l'information du consommateur. Celui-ci, mieux informé, serait ainsi mieux armé pour effectuer un choix et améliorer la qualité nutritionnelle des aliments consommés.

Le recours à l'outil fiscal sur les boissons sucrées, relativement efficace, peut comporter des effets pervers

La loi de finances pour 2012 a instauré deux taxes¹⁵⁹ : une première taxe fixée à 7,16 € par hectolitre, pour les boissons sucrées, et une seconde taxe, du même montant, pour les boissons contenant des édulcorants de synthèse et ne contenant pas de sucres ajoutés. L'objectif était de dissuader le consommateur et de l'orienter vers d'autres types de boissons. Le montant de la taxe sur les boissons sucrées a été ensuite relevé chaque année à compter du 1^{er} janvier 2013, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il a ainsi évolué de 7,16 €/hl en 2012 à 7,55 €/hl en 2018. Le produit de ces contributions a été affecté à l'assurance maladie, partiellement à la CNAMTS en 2012 puis intégralement à la branche maladie de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) depuis 2013. L'article 19 de la LFSS pour 2018 a introduit un barème progressif de taxation en fonction de la teneur en sucres ajoutés et a prévu un cumul des taxes sur les boissons sucrées et sur les boissons édulcorées. Il n'est pas encore possible de mesurer totalement les impacts réels de la réforme sur le comportement des consommateurs mais la progressivité du barème a déjà conduit certains opérateurs à réduire la teneur en sucres de leurs boissons.

¹⁵⁹ Cf. annexes n° 7 et n° 8.

À titre d'exemple, un producteur de limonade a fait passer le taux de sucre dans ses boissons de 6,6 à 2 grammes de sucre pour 100 ml, soit une baisse de plus de 70 %. Un grand producteur de soda américain n'a pas fait évoluer son taux de sucre, estimant qu'il disposait déjà d'une gamme élargie de produits édulcorés ou sans sucres. La hausse de la fiscalité a conduit certains fabricants à une stratégie de réduction de la taille des bouteilles – ou *downsizing* – de manière à compenser facilement l'augmentation des prix au litre de boisson liée à la progressivité de la taxe « soda ».

En France, les études d'évaluation de l'impact de ces taxes montrent que le prix des sodas a augmenté à la suite de la mise en place de celles-ci, les acteurs économiques ayant choisi de répercuter les taxes dans les prix¹⁶⁰. Le consommateur a légèrement diminué sa consommation de soda comme le montre quelques études¹⁶¹ ; le baromètre mondial des ventes de boissons sucrées, mis au point par la chaire internationale sur le risque cardiometabolique, a montré une diminution de la consommation de boissons sucrées en France entre 2010 et 2015 (où la consommation est passée de 53,6 litres en 2010 en moyenne à 50,9 litres en 2015 soit une baisse de 5 %) alors que la taxation de boissons sucrées n'a augmenté que de 7,16 %.

Pour avoir un réel effet sur la consommation de boissons sucrées, la taxation doit être supérieure à 10 % du prix, selon l'institut national de santé publique du Québec¹⁶² et les études réalisées au Mexique et aux États-Unis¹⁶³. Or, une forte hausse de ce type de taxation est également susceptible de produire des effets pervers en termes économiques et sociaux, comme le montre l'exemple du Danemark¹⁶⁴.

Ce pays avait instauré en 2011 une taxe nutritionnelle dont le champ était particulièrement large, dite « accise sur les graisses saturées ». Étaient concernés par cette nouvelle taxe tous les aliments contenant plus de 2,3 % de graisses saturées : lait de consommation, viande, fromage, beurre, margarine, huiles et charcuterie ainsi que les produits fabriqués à partir de ces aliments, tels que les frites et autres snacks, même si le produit fini contenait moins de 2,3 % de graisse saturée. Le taux des droits dus s'élevait à 16 couronnes danoises (environ 2,15 €) par kilogramme de graisse saturée. Une nouvelle taxe sur des produits contenant des sucres ajoutés, tels les yaourts, le ketchup et les cornichons, devait entrer en vigueur en 2013. Cette nouvelle taxe n'a pas été instaurée et l'accise sur les graisses saturées a été supprimée dès 2012, soit un an après sa création. L'impopularité de la taxe, la difficulté à en mesurer l'impact en termes de santé ainsi que certains effets pervers (perte de compétitivité des entreprises, augmentation des prix) ont amené à son abrogation. Le Danemark a également supprimé en 2014 la taxe sur les boissons minérales et boissons sucrées.

Selon la revue de la littérature effectuée par le HCSP en préparation du PNNS 4, l'efficacité de la taxation des boissons sucrées est réelle mais s'accompagne d'effets pervers : effet des substitutions vers d'autres produits pas nécessairement meilleurs en termes de qualité nutritionnelle, et conséquences négatives en termes économiques et sociaux puisque les familles les plus défavorisées sont les plus touchées par l'augmentation de la fiscalité.

¹⁶⁰ BERARDI, N., SEVESTRE, P., TEPAUT, M. and VIGNERON, A., *the impact of a soda tax on prices. Evidence from French micro data*, document de travail 415, Banque de France, 2012.

¹⁶¹ MAZZOCCHI, M., *The impact of the French soda tax on prices, purchases and tastes: an ex-post evaluation*, Seminar, Toulouse school of economics, 2017.

¹⁶² BLOUIN C., *Les taxes et les subventions pour favoriser la saine alimentation*, Institut national de santé publique du Québec, 2017.

¹⁶³ Yichen ZHONG et al. « The Short-Term Impacts of the Philadelphia Beverage Tax on Beverage Consumption », *American Journal of preventive medicine*, 2018;55 (1):26–34. Cf. également annexe n° 8.

¹⁶⁴ Cf. annexe n° 8.

Si la taxation de produits très ciblés tels que les sodas semble avoir fait ses preuves et pourrait être renforcée, un recours plus large à l'outil fiscal doit être envisagé avec précaution en l'état actuel. Il importe en effet de prendre en considération l'acceptabilité sociale de telles mesures, ainsi que la complexité de leur application dès lors qu'elles porteraient sur plusieurs types de composants ou de produits.

Si le Nutri-Score devient obligatoire en Europe, il pourrait être proposé de créer une taxation nutritionnelle, comme le propose le HSCP, qui pourrait alors être accompagnée de mesures de soutien financier pour orienter la consommation vers des produits sains : essentiellement des fruits et des légumes dont le prix est aujourd'hui considéré comme un frein majeur à leur consommation. Parmi les mesures permettant de lever ce frein, les incitations financières pourraient être mises en œuvre en même temps que la création d'une taxation nutritionnelle.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Prévenir l'obésité repose tant sur l'information de la population que sur l'encadrement de l'offre alimentaire afin de mieux protéger le consommateur.

Les stratégies de promotion de la santé nutritionnelle et d'information du public en santé se sont améliorées, grâce à des campagnes mieux ciblées et à des actions plus fréquemment évaluées.

En revanche, en matière d'offre alimentaire, les pouvoirs publics ont, jusqu'à présent, choisi une méthode incitative reposant sur le volontariat des industries agroalimentaires dans le cadre de chartes d'engagement volontaire ou d'accords collectifs. Ceux-ci ont toutefois rapidement montré leurs limites et devraient faire place à des mesures plus normatives.

De la même manière, l'absence d'encadrement des stratégies de merchandising de la grande distribution et la faible régulation des distributeurs automatiques ne permettent pas une protection suffisante du consommateur et de la santé publique.

En outre, le principe de l'autorégulation en matière de publicité alimentaire à destination des enfants s'est révélé peu efficace. La publicité ciblant les plus jeunes n'a fait l'objet d'une mesure législative d'interdiction que depuis l'adoption de la « loi Gattolin », cependant limitée à l'audiovisuel public et aux programmes spécifiquement destinés aux enfants.

L'information du consommateur de produits alimentaires a fait des progrès grâce à la mise en place du Nutri-Score, mais demeure insuffisante, d'autant que la généralisation du logo se heurte encore à l'opposition d'une partie des industriels.

En conséquence, la Cour formule les recommandations suivantes :

3. *adopter des taux maximaux de sel, de sucre et de gras dans la composition nutritionnelle des aliments, déterminés au terme d'une concertation avec les industriels ayant participé aux accords collectifs et aux engagements volontaires antérieurs (DGAI, DGS) ;*
 4. *élargir le champ d'application de la loi Gattolin pour les produits alimentaires et par référence au Nutri-Score à tous les programmes et à toutes les chaînes audiovisuelles du secteur privé en précisant, pour le secteur public comme pour le secteur privé, et pour tous les supports audiovisuels et numériques, les horaires des émissions, les tranches d'âges, et les aliments à exclure de la publicité (DGS, DGAI, CSA) ;*
 5. *inciter les associations de consommateurs ou d'intérêt général à partager gratuitement et avec le public des bases de données labellisées par Santé publique France permettant d'éclairer le choix du consommateur sur la qualité nutritionnelle des aliments (DGCCRF, DGS, DGAI, SPF).*
-

Chapitre IV

Une prise en charge limitée, malgré les efforts engagés

Les mesures mises en œuvre ces dernières années pour améliorer la fluidité des parcours de soins et celles du plan obésité ont permis d'améliorer les prises en charge, mais elles sont cependant loin d'être optimales : des lacunes subsistent dans le dépistage précoce du surpoids et de l'obésité, notamment chez l'enfant, le recours à la chirurgie bariatrique pour les patients adultes est toujours excessif, et les centres spécialisés de l'obésité (CSO) sont fragiles. Enfin l'absence de prise en charge de prestations telles que l'accompagnement diététique ou psychologique, pourtant conforme aux recommandations de bonne pratique, constitue un obstacle aux soins pour des patients fréquemment issus de catégories socio-professionnelles défavorisées.

I - Des prises en charge plus structurées à rendre effectives

En 2010, le plan obésité a défini dans son axe 1¹⁶⁵ trois niveaux de recours : un premier niveau reposant sur le médecin traitant, un deuxième niveau reposant sur une offre de soins spécialisée au niveau régional et infrarégional, et un troisième niveau reposant sur des centres spécialisés de l'obésité destinés à prendre en charge des patients atteints d'obésité sévère. Des filières de soins de premier et second recours se sont mises en place. Pour les cas les plus sévères, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes, l'apport des centres spécialisés de l'obésité a été positif, bien que ces structures n'aient souvent pas été en mesure d'améliorer le lien entre la médecine de ville et l'hôpital. De même, l'éducation thérapeutique est restée le plus souvent limitée au secteur hospitalier.

¹⁶⁵ Les trois autres axes étant consacrés respectivement à la prévention, à la prise en compte des situations de vulnérabilité et à la recherche.

A - La prise en charge des enfants a fait l'objet d'un effort d'organisation

1 - Un repérage possible par plusieurs types de professionnels

Chez l'enfant, le diagnostic est particulièrement important : parmi les causes d'obésité autres que l'obésité commune, en lien avec des facteurs alimentaires, il existe en effet des obésités qui appellent des prises en charge spécifiques. Ce sont en particulier les obésités endocriniennes, et les obésités génétiques.

La nécessité de dépister précocement les enfants à risque de surpoids et d'obésité est inscrite dans les recommandations de la HAS de 2011¹⁶⁶. Celles-ci donnent notamment des indications sur la surveillance de l'IMC et le repérage du rebond d'adiposité¹⁶⁷.

Pour autant, on dispose de peu d'éléments pour apprécier la mise en œuvre de ces recommandations et l'étendue des pratiques de dépistage. En effet, chez l'enfant jeune, les principaux lieux possibles de dépistage sont le cabinet du généraliste ou du pédiatre et la protection maternelle et infantile (PMI).

Dans le cadre de la santé scolaire, les bilans de santé obligatoires réalisés par le médecin ou l'infirmière aux âges de 6 et 12 ans devraient constituer une opportunité de dépistage. Dans tous les cas, le principal outil de surveillance individuelle est le carnet de santé¹⁶⁸, contenant les courbes de croissance et de corpulence censées être renseignées, qui ne font cependant l'objet d'aucun recueil de données à l'exception des certificats obligatoires¹⁶⁹. Il conviendra de s'assurer que la dématérialisation des certificats obligatoires des 9^{ème} et 24^{ème} mois permette d'améliorer l'exhaustivité du recueil de ces données, actuellement limitée (seuls 25 % des certificats du 24^{ème} mois sont transmis par les médecins), et puisse être accompagnée d'une exploitation régulière tant au niveau national qu'à l'échelon régional.

Une autre visite a lieu pour les enfants scolarisés en maternelle (en moyenne section). Elle est souvent confiée aux PMI, qui la mettent en œuvre de façon hétérogène selon les départements. Il s'agit pourtant d'une tranche d'âge pour laquelle le repérage est particulièrement pertinent pour identifier un rebond précoce d'adiposité.

¹⁶⁶ HAS, *Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent*, septembre 2011.

¹⁶⁷ Si de la naissance à un an, l'enfant prend progressivement du poids, la corpulence diminue ensuite jusqu'à l'âge de 6 ans. Inversement, au-delà de 6 ans, survient ce qu'on appelle un « rebond d'adiposité ». Le rebond d'adiposité est le point le plus bas de la courbe d'évolution de l'IMC chez un enfant, cette courbe redevenant ensuite ascendante. Si ce rebond survient avant, on parle de rebond précoce : plus il est précoce, plus le risque d'obésité à l'âge adulte est élevé.

¹⁶⁸ La dernière édition du carnet de santé date de 2018 : elle introduit notamment les nouvelles courbes de suivi de la croissance et les nouvelles recommandations vaccinales.

¹⁶⁹ Ceux-ci doivent être remplis au 8^{ème} jour, au 9^{ème} mois et au 24^{ème} mois : si ce dernier comporte l'IMC, la survenue de problèmes de surpoids et d'obésité est généralement plus tardive.

Quant à la visite obligatoire ensuite prévue à 6 ans, 46 % des enfants seulement en bénéficient selon le ministère de l'Éducation nationale. Ces données sont également rapportées par une récente enquête du SNMSU-UNSA Éducation (46,5 % des enfants)¹⁷⁰. Selon le rapport de performance 2018 du ministère, la couverture en REP/REP+¹⁷¹ aurait cependant augmenté entre 2017 et 2018, passant de 45 à 58 % en REP et de 52 à 65 % en REP+. En l'absence d'un système d'information national, les données relevées dans le cadre des examens scolaires ne font l'objet d'un traitement systématique en dehors des enquêtes périodiques de la DREES et de la DGESCO (direction générale de l'éducation scolaire).

Comme la plupart des actions en médecine scolaire, le repérage de l'obésité souffre du sous-effectif des services et du manque de partage d'informations avec les autres intervenants. Soulignées par la Cour en 2011¹⁷², les difficultés de la santé scolaire persistent, comme l'a rappelé récemment l'Académie nationale de médecine qui déplore « le manque de pilotage, d'évaluation et de clarté pour la gouvernance de la médecine scolaire »¹⁷³.

En médecine de ville, un effort d'incitation à suivre l'IMC a été mis en œuvre auprès des généralistes et des pédiatres, à la suite de la loi de modernisation du système de santé qui a introduit le principe d'un médecin traitant pour l'enfant¹⁷⁴. Depuis, la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP), du médecin traitant (généraliste ou pédiatre le plus souvent) de l'enfant comprend huit indicateurs spécifiques consacrés à la prévention. Pour l'obésité, des points supplémentaires sont attribués au médecin à condition qu'il déclare que la courbe de corpulence est établie à partir de l'IMC au moins une fois par an dans au moins 80 % des dossiers de ses patients de moins de 16 ans¹⁷⁵. Dans sa réponse à la Cour, la CNAM indique que le suivi de l'IMC *via* le DMP « n'est pas prévu à court terme ». Compte tenu des enjeux, cette donnée devrait systématiquement être inscrite par les professionnels de santé à différents âges de l'enfance et de l'adolescence.

Il convient par ailleurs de veiller à l'amélioration de la diffusion des recommandations de bonne pratique sur le repérage de l'obésité et du surpoids chez l'enfant et l'adolescent. En 2014, une étude réalisée par la CNAM relevait pourtant que seuls 35 % des médecins généralistes disposaient des connaissances nécessaires au repérage du rebond d'adiposité précoce, cette proportion étant stable par rapport à 2011¹⁷⁶.

¹⁷⁰ Enquête SNMSU-UNSA Éducation. Activités des médecins au cours de l'année 2017-2018.

¹⁷¹ REP : réseau d'éducation prioritaire.

¹⁷² Contribution à l'évaluation de la médecine scolaire. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/contribution-levaluation-de-la-medecine-scolaire>.

¹⁷³ « La médecine scolaire en France », *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2017, 201, n^{os} 7-8-9, 957-972, séance du 24 octobre 2017.

¹⁷⁴ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Les dispositions relatives à la ROSP sont contenues dans l'avenant 1 à la convention de 2016. Celui-ci prévoyait l'extension du forfait médecin traitant aux moins de 16 ans à partir du 1^{er} janvier 2018 (6 € par an pour les 0-6 ans, 5 € par an pour les 6-16 ans).

¹⁷⁵ Soit 20 points supplémentaires pour la ROSP correspondant à 140 €.

¹⁷⁶ Assurance maladie. Évaluation de l'action surpoids chez les jeunes auprès des médecins traitants, avril 2014.

Une autre mesure introduite en janvier 2017 incite au suivi des enfants à risque d'obésité. La consultation de suivi de l'obésité, dont le tarif conventionnel est de 46 €, peut être utilisée deux fois par an par le médecin traitant pour tout enfant à risque d'obésité âgé de 3 à 12 ans. La consultation est prise en charge par l'assurance maladie dans les conditions de droit commun. Ces mesures étant très récentes, il est encore difficile d'en mesurer l'impact. Dans sa réponse à la Cour, la CNAM indique qu'en 2018, près de 22 700 consultations de suivi de l'obésité ont été remboursées, pour un total de 756 000 € ; elles ont été effectuées par près de 4 700 médecins (73 % de médecins généralistes et 27 % de pédiatres), ce qui est limité au regard des données épidémiologiques. Concernant la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), dans le cas des médecins traitants de l'enfant, 90,7 % des généralistes et 94,9 % des pédiatres déclarent avoir renseigné au moins une fois par an, dans leur carnet de santé, l'IMC des enfants de moins de 16 ans suivis, pour un objectif cible fixé par la CNAM à 95 % des praticiens.

2 - Une approche de parcours développée jusqu'ici principalement par les réseaux

Une fois un enfant obèse diagnostiqué, l'approche graduée passe le plus souvent, pour le deuxième recours, par l'orientation vers un réseau¹⁷⁷, dont tous les territoires de santé ne sont cependant pas pourvus. La Cour a constaté la présence d'un ou de plusieurs réseaux pédiatriques dans toutes les régions, sauf en Bretagne, dans les Hauts-de-France et en Guyane. La présence d'un réseau permet pourtant de faire travailler ensemble plusieurs intervenants. Ces dispositifs ont ainsi été précurseurs pour la mise en place d'un travail pluridisciplinaire et la prise en charge de prestations non couvertes par l'assurance maladie.

Les réseaux pédiatriques de prévention, dépistage et prise en charge de l'obésité en pédiatrie (REPOP) datent de 2003. La plupart fonctionnent sur des principes assez proches conduisant à une prise en charge pluridisciplinaire autour de l'enfant : celle-ci comporte une évaluation initiale, un parcours de soins incluant des consultations de diététicien et de psychologue, la mise en place d'éducation thérapeutique et, en tant que de besoin, d'activités physiques adaptées. Les cas les plus sévères sont adressés à un centres spécialisés de l'obésité pédiatrique de référence. Une partie des réseaux sont fédérés dans le cadre de la coordination nationale des réseaux pédiatriques (notamment les premiers à être apparus : Île-de-France, Midi-Pyrénées, Lyon/Rhône). Certains ont une dimension régionale, d'autres départementale.

Une étude récente¹⁷⁸, portant sur près de 7 000 enfants inclus dans les réseaux, conforte l'intérêt de l'approche développée par les REPOP : elle montre que 73 % d'entre eux ont vu leur corpulence s'améliorer de manière durable (à cinq ans de la prise en charge initiale).

¹⁷⁷ La plupart des réseaux se dénomment Réseau de Prévention de l'Obésité Pédiatrique (REPOP) ou Réseau de Prévention et de prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (REPPPOP). Ils ont été mis en place à partir de 2003, dans le cadre du PNNS 1, en tant que réseaux ville-hôpital, avec l'appui de la direction des hôpitaux et de l'offre de soins (DHOS), en vue d'une prise en charge multidisciplinaire, personnalisée et de proximité. Financés au départ par le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), ils le sont maintenant par le FIR. Ils sont fédérés par une coordination nationale des réseaux pédiatriques, qui ne couvre cependant pas l'ensemble des réseaux pédiatriques.

¹⁷⁸ CARRIERE Caroline, THIBAUT Hélène & al. *Short-term and long-term positive outcomes of the multidisciplinary care implemented by the French health networks for the prevention and care of paediatric overweight and obesity*. *Pediatric Obesity*. 2019;12522. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12522>

Le réseau pédiatrique de prévention, dépistage et prise en charge de l'obésité d'Île-de-France

Le réseau pédiatrique d'Île-de-France, l'un des plus structurés, regroupe de nombreux professionnels (près de 450, dont 200 médecins, 156 diététiciens et 90 psychologues) et suit une file active (nombre de patients vus au moins une fois dans l'année) de près de 2 500 enfants en 2018 (la prévalence de l'obésité en Île-de-France étant estimée à 3 % parmi les 0-19 ans, soit 90 000 enfants et adolescents), pour un financement annuel de 650 000 €, soit près de 260 € par enfant. Il prend en charge ceux qui ont développé une obésité sévère ou morbide avant le rebond d'adiposité (dont la moitié ont entre 11 et 14 ans lors de leur prise en charge), en surpoids avec des complications (ou des facteurs de risque d'obésité), ou en obésité sévère/morbide après le rebond d'adiposité. Si la durée de prise en charge est prévue pour deux ans et demi, certains enfants peuvent être suivis plus longtemps. Un relais est assuré, pour la transition adolescent-adulte, avec le réseau obésité multidisciplinaire des départements franciliens (ROMDES). Le réseau assure également la formation des professionnels.

La part d'obésités sévères (IMC supérieur à 40) a, dans l'ensemble, augmenté depuis 2014, et elle est sensiblement plus élevée dans les départements 93 et 95 (50 et 45 % contre 26 % dans le 75). Le reste à charge pour les familles varie entre 1 et 10 € pour les consultations auprès d'un diététicien ou d'un psychologue. L'adressage provient majoritairement des centres spécialisés de l'obésité/établissements de santé (29 %) et des professionnels de ville (30 %), toutes les demandes ne pouvant être prises en compte (en 2017 environ 700 sur 800 adressages). Les professionnels s'engagent sur la base d'une charte commune définissant le fonctionnement du réseau, dont l'un des outils de travail est un dossier commun à l'ensemble des intervenants.

Le coût complet (fonctionnement du réseau compris) est actuellement de 394 €/enfant/an. Faisant suite à la note de cadrage relative aux prestations dérogatoires de la HAS¹⁷⁹, l'ARS Île-de-France a déterminé un barème et un nombre maximum de consultations par type de professionnels, quel que soit le réseau¹⁸⁰. Le REPOP estime que ce cadre limite l'adaptation des prises en charge au contexte clinique des enfants.

Si les réseaux ont permis de promouvoir une prise en charge plus intégrée, ils sont très inégalement présents sur le territoire et ne prennent en charge qu'un nombre marginal des enfants qui en relèveraient, les files actives étant souvent faibles¹⁸¹, sans compter la fragilité de leurs financements. Si on ne dispose pas d'une consolidation nationale du nombre d'enfants pris en charge, les réponses des ARS permettent de l'estimer à environ 9 000 seulement.

¹⁷⁹ Cadrage relatif aux prestations dérogatoires des réseaux de santé, HAS, mai 2015.

¹⁸⁰ Cadrage relatif aux prestations dérogatoires et rémunérations spécifiques versées par les réseaux de santé, ARS Île-de-France, janvier 2019.

¹⁸¹ En Bourgogne-Franche-Comté, en 2017, le réseau prenait en charge 3 389 enfants sur la tranche d'âge 2-18 ans (sur un total de 36 000 enfants en surpoids, soit environ 9,4 %). En Auvergne-Rhône-Alpes, les 3 REPOP suivaient 1 818 enfants sur cette même période (les données de prévalence n'étaient toutefois pas disponibles au niveau régional). En Guadeloupe, la situation est moins favorable puisque la file active du réseau GRANDIR (qui comprend également les interventions réalisées par ce réseau pour les troubles de l'apprentissage) était de 76 enfants (alors que près de 10 % des enfants de 3 à 15 ans sont obèses et 22 % en surpoids).

Les prises en charge spécialisées, dites « de 3^{ème} recours » ont, comme pour les adultes, bénéficié des apports du plan obésité et de la mise en place des centres spécialisés de l'obésité pédiatriques. Ceux-ci peinent cependant à faire face aux besoins, avec des délais de première consultation souvent très longs, et l'impossibilité de traiter l'ensemble des demandes. Dans ces conditions, la plupart des centres spécialisés de l'obésité priorisent les cas sévères et essayent de réorienter les autres cas vers les réseaux.

3 - Pour les enfants atteints d'obésité sévère, le recours à la chirurgie bariatrique devrait rester exceptionnel

Les enfants et les adolescents constituent une population particulière qu'il convient, dans le cas général, de ne pas opérer, les indications ne pouvant être posées qu'exceptionnellement au sein de structures spécialisées¹⁸². Or, malgré les réserves importantes formulées par la HAS sur les interventions ne correspondant pas aux critères établis, le nombre d'interventions sur les mineurs a continué à croître entre 2008 et 2014, passant sur cette période de 128 à 145 interventions par an.

Ce nombre n'a commencé à diminuer qu'à partir de 2015 (il a été de 75 interventions en 2017), suite à des rappels, par la HAS et par la DGOS¹⁸³, du cadre dans lequel ces interventions devaient s'inscrire. Dans sa réponse à la Cour, la CNAMTS fait valoir que le nouveau dispositif dématérialisé de demande d'accord préalable, mis en place en avril 2019, permet la remontée de l'ensemble des demandes concernant les moins de 18 ans à la cellule nationale. Les premiers retours font apparaître un taux de refus de 40 % des demandes, témoignant des progrès qui restent à accomplir pour que ces interventions soient conformes aux recommandations de la HAS.

4 - La place des soins de suite et de réadaptation ne fait pas consensus

Dans le cadre du plan obésité, les ARS devaient identifier un service de soins de suite et de réadaptation par région, équipé pour recevoir les patients obèses sévères en lien avec le ou les centres spécialisés. En pédiatrie, de tels séjours s'adressent à des enfants et adolescents souffrant d'une obésité sévère ou associée à des complications, pour laquelle une prise en charge ambulatoire adaptée s'est avérée insuffisante. L'offre en SSR est constituée pour l'essentiel de services spécialisés en « affections digestives, métaboliques et endocriniennes », auxquels s'ajoutent quelques SSR spécialisés en obésité pour la prise en charge des jeunes atteints d'obésité syndromique ou du syndrome de *Prader Willi*¹⁸⁴.

¹⁸² HAS, *Critères d'éligibilité pour la réalisation d'une chirurgie bariatrique chez les moins de 18 ans*, janvier 2016. La HAS recommande de n'envisager la chirurgie chez les mineurs que dans des situations exceptionnelles, et après une analyse approfondie, incluant deux réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) dans un centre spécialisé de l'obésité (CSO) à compétence pédiatrique.

¹⁸³ Instruction DGOS/R4 n° 2016-13 du 11 janvier 2016.

¹⁸⁴ Le syndrome de *Prader Willi* est une maladie génétique rare liée à une anomalie sur le chromosome 15. Elle se caractérise notamment par le besoin d'un apport calorique bien moins important que la normale et un manque de sensation de satiété, ainsi que des troubles du comportement. L'obésité est fréquente parmi les enfants atteints.

Bien que la HAS ait élaboré une fiche pratique qui décrit la place des SSR dans la prise en charge de l'obésité chez l'enfant, les types de séjours, leurs objectifs et leur place en pédiatrie sont aujourd'hui discutés : ils entraînent une séparation du milieu familial, et les effets, s'ils sont positifs à court terme, ne semblent pas se maintenir dans le temps.

L'Association pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie (APOP) a mis en place un groupe de travail associant également la coordination nationale des réseaux et les centres spécialisés de l'obésité pédiatriques afin de travailler sur les indications, des modalités de prise en charge harmonisées, et surtout une meilleure inclusion de cette étape dans le parcours de prise en charge de l'enfant obèse. Ce n'est en effet qu'à condition d'avoir formalisé ces différents points que ce type de prise en charge peut être pertinente.

B - La prise en charge des adultes atteints d'obésité sévère a bénéficié des mesures du plan obésité, mais reste caractérisée par un recours excessif à la chirurgie

1 - Un recours à la chirurgie bariatrique insuffisamment maîtrisé

La chirurgie bariatrique, qui s'est fortement développée depuis dix ans, permet d'améliorer l'espérance et la qualité de vie de patients atteints d'obésité sévère, sous réserve d'en respecter les indications. Le suivi des patients doit cependant être rigoureux pour prévenir les complications, fréquentes, et assurer une bonne observance du traitement médical, sans laquelle une reprise de poids est souvent rapide.

Les différentes techniques de chirurgie bariatrique

La chirurgie bariatrique existe depuis plus de 50 ans, mais elle s'est vraiment développée ces quinze dernières années. Les techniques ont évolué et sont classées en deux grandes catégories selon le mécanisme par lequel elles agissent :

- mécanisme « restrictif » qui diminue le volume du bol alimentaire ;
- mécanisme « mal absorbant » qui empêche l'absorption complète des nutriments ingérés.

Les principaux types d'intervention pratiqués sont au nombre de trois :

- l'anneau gastrique ajustable (mis en place à la partie supérieure de l'estomac) ;
- la *sleeve* (manchon) gastrectomie : l'estomac est réduit à un tube. C'est la technique qui a le plus augmenté ces dernières années ;
- le *bypass* (BP) : c'est l'une des techniques les plus anciennes. Elle consiste à réduire le volume de l'estomac, mais aussi à modifier le circuit alimentaire. Le patient mange moins et les aliments passent directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle, au niveau de laquelle certains aliments sont moins absorbés.

Ces interventions, pour efficaces qu'elles soient, comportent des risques opératoires, ainsi que des conséquences sur la fonction digestive et sur le plan psychique. Chaque technique a des effets indésirables et nécessite un suivi ainsi qu'une réadaptation du comportement alimentaire : en particulier, l'intervention peut avoir pour conséquences une mauvaise absorption des aliments et des carences en vitamines.

La HAS a initié au second semestre 2019 un état des lieux des nouvelles techniques de chirurgie bariatrique. Elle définira également en 2019-2020 un parcours obésité en s'appuyant sur les recommandations internationales. Ce parcours permettra d'améliorer la prise en charge afin de limiter le recours à la chirurgie bariatrique aux situations le nécessitant, et, en cas de chirurgie bariatrique, de mieux préparer les patients en amont en leur permettant de s'engager plus activement dans leur parcours et d'être soutenus pour leur suivi à vie. Dans le cadre de ses travaux, la HAS a d'ores et déjà émis un avis défavorable au remboursement par l'assurance maladie d'une technique de bypass pour laquelle elle estime ne pas disposer de données suffisantes pour établir son efficacité tandis que les études mettent en évidence un nombre de complications graves supérieur à d'autres techniques¹⁸⁵.

La situation de la France est caractérisée par une forte croissance du nombre d'interventions en chirurgie bariatrique : leur nombre a été multiplié par vingt depuis 1997, et par trois depuis dix ans, atteignant près de 57 000 interventions en 2017. Le taux d'intervention (5,65 / 10 000 hab. / an) est plus élevé que dans la plupart des pays d'Europe et de l'OCDE¹⁸⁶ : en 2013, le taux français était six fois supérieur à celui de l'Allemagne (0,88) ou du Royaume-Uni (0,87), où la prévalence de l'obésité est pourtant plus importante.

Tableau n° 6 : taux annuels d'interventions de chirurgie bariatrique / 10 000 hab. (2013)

Pays	Taux	Pays	Taux	Pays	Taux
<i>Israël</i>	14,21	<i>Suisse</i>	4,24	<i>Finlande</i>	1,63
<i>Belgique</i>	10,72	<i>Pays-Bas</i>	4,05	<i>Grèce</i>	1,36
<i>Suède</i>	7,79	<i>Australie/NZ</i>	3,79	<i>Italie</i>	1,35
<i>France</i>	5,65	<i>Autriche</i>	2,78	<i>Allemagne</i>	0,88
<i>USA/Canada</i>	4,40	<i>Islande</i>	2,69	<i>Royaume-Uni</i>	0,87
<i>Brésil</i>	4,33	<i>Portugal</i>	2,31	<i>Espagne</i>	0,52

Source: International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Diseases (données 2013)¹⁸⁷

Le rapport de l'IGAS consacré à la chirurgie bariatrique¹⁸⁸ a largement documenté les problèmes soulevés par ce recours excessif à la chirurgie (indications trop larges pour des patients qui auraient pu relever d'une prise en charge médicale, suivi pré et post opératoire insuffisant, prise en charge insuffisante des complications nutritionnelles à distance de l'intervention). Ses conclusions et ses recommandations sont partagées par les professionnels, comme l'enquête de la Cour a pu le confirmer. Les principales conclusions soulignent la croissance d'une offre peu régulée, principalement portée par le secteur privé, tandis que le respect des règles de bonnes pratiques laisse à désirer. L'IGAS a proposé une quarantaine de recommandations visant à mieux encadrer l'activité, dont l'instauration d'un régime d'autorisation avec un seuil d'activité.

Avant l'IGAS, la CNAM avait également constaté l'essor de la chirurgie bariatrique et la part importante du secteur privé à but lucratif dans cette activité. En 2017, elle a mis en évidence l'insuffisant suivi des patients, seuls 14 % bénéficiant d'un suivi qualifié de « bon » à cinq ans,

¹⁸⁵ Haute autorité de santé, *Traitement chirurgical de l'obésité sévère et massive par court-circuit (bypass) gastrojéjunal avec anse en oméga*, septembre 2019.

¹⁸⁶ Cf. annexe n° 6.

¹⁸⁷ Angrisani, L. et al. (2015), « Bariatric Surgery Worldwide 2013 », *Obesity Surgery*, 25, 1822-1832, avril 2015.

¹⁸⁸ IGAS, *Situation de la chirurgie de l'obésité*, septembre 2018.

et a préconisé le renforcement du rôle des centres spécialisés de l'obésité, la mise en place d'un registre de chirurgie bariatrique et, elle aussi, l'instauration d'un seuil d'activité minimum pour les centres pratiquant cette activité¹⁸⁹. L'Académie de médecine s'est également inquiétée, dans un rapport publié en décembre 2017, de la mauvaise qualité du suivi des patients, dont plus de la moitié sont perdus de vue cinq ans après l'intervention¹⁹⁰. La HAS pour sa part insiste dans ses recommandations sur l'importance de l'information du patient sur les différentes techniques chirurgicales, la nécessité d'une modification du comportement alimentaire et du mode de vie avant et après l'intervention, la nécessité d'un suivi médical et éducatif à vie.

Ces différents travaux commencent à être suivis d'effets : entre 2016 et 2017, pour la première fois, on assiste à une baisse des interventions et des séjours, essentiellement dans le secteur privé à but lucratif, qui en réalise toutefois encore près de 60 % en 2017 (contre 67 % en 2010). Outre l'impact qu'ont pu avoir les travaux précités, il est possible que la croissance de l'activité diminue également parce qu'une part importante des patients qui pouvaient être opérés l'a désormais été, le nombre cumulé de personnes opérées étant aujourd'hui proche de 500 000.

Dans le secteur privé à but lucratif, des dépassements d'honoraires importants¹⁹¹

Dans les établissements de santé privés à but lucratif (secteur ex-OQN), les données fournies par l'ATIH attestent de la fréquence du recours aux dépassements d'honoraires, pour l'ensemble des types d'interventions de chirurgie bariatrique, avec toutefois d'importantes disparités entre les établissements et à l'intérieur d'un même établissement, que ce soit pour l'acte d'anesthésie (dans 51 % des cas en 2017) ou pour l'acte de chirurgie (70 %). Les niveaux moyens des dépassements d'honoraires sont significatifs : pour les chirurgiens, 160 % en sus du tarif conventionnel de l'acte CCAM pour le *bypass* gastrique en 2017, 175 % pour la *sleeve gastrectomy*, 156 % pour la pose d'un anneau gastrique ; pour les anesthésistes, autour de 150 % en sus du tarif conventionnel.

Faute de faire l'objet d'un suivi de la part des autorités sanitaires et de la part de la CNAM, qui indique dans sa réponse à la Cour qu'elle « ne dispose pas d'éléments sur les dépassements d'honoraires car il n'y a pas de sortie de données spécifiquement sur ces dépassements »¹⁹² alors même que les données sont présentes dans les bordereaux de facturation et dans le système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), ceux-ci ont atteint des montants importants. Ces dépassements sont de nature à remettre en cause l'égalité d'accès aux soins, dans un contexte où près de 60 % des séjours pour chirurgie bariatrique étaient réalisés par le secteur privé à but lucratif en 2017. Leur couverture par une assurance complémentaire est en effet fortement dépendante du niveau des garanties souscrites, alors même que les personnes obèses sont fréquemment issues des couches plus défavorisées de la population.

S'agissant des patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de ceux bénéficiant de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), près de 18 % des actes de chirurgie bariatrique réalisés au profit des premiers et 31 % de ceux réalisés au profit des seconds avaient fait l'objet de dépassements d'honoraires en 2017.

Dans sa réponse à la Cour, la DGOS déclare qu'elle s'attache à mettre en œuvre plusieurs des recommandations de la mission IGAS de janvier 2018. La « feuille de route obésité » prévoit le renforcement du contrôle de la pertinence et de la qualité de l'activité de chirurgie bariatrique et la mise en place d'un registre pour le suivi et la pérennisation des financements

¹⁸⁹ CNAM, charges et produits 2017.

¹⁹⁰ Académie de médecine, *Améliorer le suivi des patients après chirurgie bariatrique*, décembre 2017.

¹⁹¹ Source : ATIH / PMSI-MCO.

¹⁹² Réponse de la CNAM au questionnaire complémentaire adressé par la Cour des comptes en date du 7 juin 2019.

destinés aux centres spécialisés de l'obésité (dont les transports bariatriques). Il est prévu de revoir les conditions d'autorisation de cette activité dans le cadre de la réforme plus générale des autorisations de chirurgie.

La CNAM, pour sa part, estime que la mise en place de son nouveau dispositif de gestion des demandes d'accord préalable (DAP) devrait permettre d'améliorer la conformité des indications aux bonnes pratiques.

Les différents travaux menés sur le recours à la chirurgie bariatrique ont amené les pouvoirs publics à une lente prise de conscience de la nécessité de mieux encadrer cette activité. Les mesures qui commencent à se mettre en place doivent faire l'objet d'un suivi rigoureux pour assurer la pertinence des indications et la qualité du suivi pré et post chirurgical, qui devrait être intégré dans le cadre d'un parcours mieux formalisé.

2 - En médecine, un cadre tarifaire à clarifier pour l'hospitalisation de jour

Au sein de l'activité médicale, les services recevant des patients obèses ont développé ces dernières années des hospitalisations de jour permettant d'effectuer des bilans complets, médicaux ou médico-chirurgicaux. Le développement de ce type de séjour a cependant été freiné du fait des requalifications survenant lors de contrôles par l'assurance maladie sur la base des dispositions de la « circulaire frontière »¹⁹³. Elle ne fait cependant l'objet ni d'une interprétation, ni d'une application homogène au niveau national lors des contrôles menés par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), certaines estimant que les séjours en hospitalisation de jour pour « bilan obésité » sont justifiés, alors que d'autres jugent cette facturation non conforme. Dans ses travaux sur le virage ambulatoire, la Cour des comptes a souligné les insuffisances de la circulaire frontière qui place les établissements de santé dans une situation d'incertitude juridique¹⁹⁴. De plus, cette incertitude peut inciter les établissements à privilégier des prises en charge en hospitalisation complète, plus coûteuses.

En 2016, une mission d'inspection de l'IGAS et de l'IGF a souligné l'inadaptation du cadre tarifaire actuel aux « soins externes longs, complexes et coordonnés » pour lesquels la pertinence d'une prise en charge en milieu hospitalier était établie, qui conduisait à financer insuffisamment les consultations complexes de médecine, les activités de conseil et d'éducation thérapeutique, les prestations de psychologues et de diététiciens, et les coordinations entre professionnels et avec la médecine de ville¹⁹⁵.

¹⁹³ Jusqu'à présent, la facturation des prestations en hospitalisation de jour s'appuie sur une instruction ministérielle, dite « circulaire frontière », datant de 2010, qui précise dans quels cas il s'agit de séjours, par opposition à des actes de consultations externes. Instruction N° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

¹⁹⁴ Cour des comptes, *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018, chapitre V - Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital*, p. 169-202. *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019, chapitre VII - Les actes et consultations externes à l'hôpital : une activité à intégrer à la définition de l'offre de soins*. Disponibles sur <https://www.ccomptes.fr/fr/publications>.

¹⁹⁵ *Développement des prises en charge hospitalières ambulatoires en médecine*, rapport IGF n°2015-M-053 / IGAS n°2015-117R, février 2016.

Un moratoire sur les contrôles de tarification à l'activité (T2A) des hôpitaux de jour de médecine a été décidé pour l'activité réalisée en 2017 et 2018. Une concertation sur la refonte de la « circulaire frontière »¹⁹⁶ a été engagée par le ministère de la santé avec l'ensemble des fédérations hospitalières, le groupe de travail devant rendre ses conclusions fin 2019. Plusieurs hypothèses sont explorées, parmi lesquelles l'intégration dans le champ de la facturation d'un forfait « prestation intermédiaire »¹⁹⁷. La CNAM, pour sa part, se déclare favorable à une évolution prévoyant plusieurs niveaux de prise en charge. En attendant, les équipes médicales, y compris celles rencontrées à l'occasion de l'enquête de la Cour, ont eu tendance à réduire ces séjours, pourtant considérés comme pertinents pour une prise en charge pluridisciplinaire, en raison des risques de pénalités encourus par les établissements.

Il est souhaitable que les travaux engagés aboutissent rapidement afin que la place des hôpitaux de jour dans le parcours de soins puisse être clarifiée. Par ailleurs, sur l'ensemble du champ des hospitalisations de médecine, un travail est en cours, sous l'égide de la coordination des centres spécialisés de l'obésité, pour mettre au point un outil de gradation des formes cliniques des obésités selon leur gravité et leur complexité, dans le but de valoriser de façon plus adaptée l'activité médicale correspondante.

Enfin, en termes de qualité des soins médicaux, l'élaboration d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) reste à construire par la HAS en lien avec la DGOS. Cette démarche pourrait être inscrite à son programme de 2020.

C - Un apport incontestable des centres spécialisés de l'obésité, qui peinent cependant à assurer une mission de coordination territoriale

La prise en charge des patients a bénéficié des mesures apportées par le plan obésité, et notamment de la mise en place de 37 centres spécialisés de l'obésité et de cinq « centres intégrés obésité » (CIO) hospitalo-universitaires associant soins et recherche¹⁹⁸. Ce constat est confirmé par les professionnels rencontrés dans le cadre de la mission de la Cour : le portage politique dont a bénéficié le plan obésité, la visibilité conférée par la labellisation des centres spécialisés de l'obésité, et la mise en place d'un groupe de coordination et de concertation (GCC) de ceux-ci, ont constitué des atouts pour le développement des prises en charge hospitalières.

Les missions dévolues aux centres spécialisés de l'obésité ont été définies par une instruction générale portant sur la mise en œuvre du PNNS et du plan obésité¹⁹⁹, accompagnée d'une seconde instruction portant sur l'identification des centres spécialisés et des centres intégrés.

¹⁹⁶ Cette circulaire (DGOS/R n°2010-201 du 15 juin 2010) définit la « frontière » entre ce qui peut donner lieu à la facturation d'un séjour d'hospitalisation de jour par opposition à des actes pratiqués en ambulatoire, facturés en tant qu'actes et consultations externes. Cf. annexe n° 6.

¹⁹⁷ L'article 79 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a créé un forfait « prestation intermédiaire » (FPI), à compter du 1^{er} mars 2017, qui constitue, dans le modèle de financement des établissements de santé, un niveau intermédiaire de tarification entre hospitalisation de jour et prise en charge externe. Il se déploie lentement.

¹⁹⁸ Les cinq CIO sont situés à Lille, Toulouse, Lyon, et Paris (2 CIO portés par l'AP HP).

¹⁹⁹ Instruction DGS/EA3/DGOS n°2011-380 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition santé (PNNS 3) et du plan obésité (PO) par les agences régionales de santé (ARS).

Les centres spécialisés de l'obésité (CSO)

Les centres spécialisés de l'obésité (CSO) sont au nombre de 37 (au moins un par région, sauf en Corse et en Guyane). Destinés à traiter les cas les plus sévères (obésité morbide, avec complications), ils disposent des équipements adaptés, d'une expertise clinique pluridisciplinaire (endocrinologues, nutritionnistes, cardiologues, pneumologues, psychiatres, neurologues...), de chirurgiens et d'anesthésistes-réanimateurs spécialisés en chirurgie bariatrique. Pour cette dernière activité, ils doivent pratiquer un minimum de 30 interventions par an.

Parmi leurs missions, ils sont également chargés de la coordination territoriale avec l'ensemble des intervenants auprès de la personne obèse (chirurgiens extérieurs au centres spécialisés de l'obésité, médecins de ville, SSR, associations) et contribuent à l'organisation des transports bariatriques²⁰⁰. Chaque centre spécialisé de l'obésité comporte une composante pédiatrique, développée à partir d'un service hospitalier de pédiatrie prenant en charge les obésités sévères.

Si la plupart sont portés par des structures publiques, il en existe des privés (Bretagne, Rhône-Alpes). Certains sont mono site, la plupart fonctionnant cependant avec d'autres établissements, notamment pour la filière de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Les centres spécialisés de l'obésité ont dans l'ensemble rempli leurs missions sur le plan des prises en charge hospitalières complexes. Ils ont également contribué à promouvoir le respect des bonnes pratiques en matière de chirurgie bariatrique, la préparation préopératoire et le suivi étant généralement mieux assurés dans ces centres que dans des établissements purement chirurgicaux. Leur activité a connu une montée en charge rapide entre 2012 et 2014, tant pour les activités médicales que chirurgicales, le développement devenant plus inégal d'un centre spécialisé de l'obésité à l'autre par la suite.

Les centres spécialisés de l'obésité pâtissent cependant de modes d'organisation et de fonctionnement hétérogènes, tous n'étant pas en capacité de remplir de la même manière les fonctions qui leur ont été assignées. La plupart d'entre eux peinent à remplir leur rôle de coordination territoriale : la dotation annuelle de 70 000 € est considérée comme insuffisante pour assurer cette animation, notamment dans des régions dotées d'un seul centre spécialisé de l'obésité.

Face à ce constat, il est prévu, dans le cadre de la feuille de route obésité pour 2019-2022, de réviser le cahier des charges des centres spécialisés de l'obésité pour « réaffirmer leur fonction d'animation et de pilotage de la filière au niveau régional et territorial et en préciser les attendus », de réexaminer la cartographie des centres dans les régions et de mettre à l'étude une certification (du type de celle qui s'applique aux centres de référence pour les maladies rares). Les moyens ne sont cependant pas précisés, la feuille de route proposant seulement de « revoir les modalités de fonctionnement et de financement en fonction des missions dévolues, selon les recommandations de l'IGAS ». Des travaux visant à établir un état des lieux et engager la révision du cahier des charges devraient débuter fin 2019 et se terminer au cours du premier trimestre 2020.

²⁰⁰ L'IGAS relevait toutefois que la coordination extrahospitalière et l'animation territoriale n'étaient pas encore pleinement assurées par les CSO et notait que les CSO contribuaient à la régulation de l'offre de soins sans que la délimitation de leurs compétences avec l'ARS n'apparaisse toujours clairement, en prenant notamment l'exemple des transports bariatriques.

D - Une éducation thérapeutique du patient cantonnée au domaine hospitalier

L'éducation thérapeutique, de développement assez récent en France, a pour but d'aider le patient à changer « par lui-même » ses habitudes de vie face à une maladie, et à aider les professionnels (connaissances, attitudes, pratiques) à adapter leur discours. Elle est encadrée par différents textes parus depuis une dizaine d'années²⁰¹. Dans le cas de l'obésité, l'éducation thérapeutique fait partie intégrante des stratégies thérapeutiques, que ce soit en ambulatoire ou à l'hôpital.

Pratiquement toutes les ARS autorisent des programmes d'éducation thérapeutique, avec des financements globalement en hausse. Leur estimation doit cependant être considérée avec précaution : en effet, des programmes d'éducation thérapeutique pour d'autres pathologies ne sont pas comptabilisés, alors que nombre d'entre eux comprennent également des actions ciblant le surpoids ou l'obésité (éducation thérapeutique sur les thèmes du diabète, des maladies cardiovasculaires), et les programmes autorisés mais non financés n'apparaissent pas toujours dans le récapitulatif des actions. Au niveau national, la direction de la sécurité sociale (DSS) estime à 84 M€ les crédits délégués via le fonds d'intervention régional (FIR) pour des programmes d'éducation thérapeutique en 2017.

Il est difficile de porter une appréciation sur l'impact de ces programmes : beaucoup sont récents et n'ont pas encore fait l'objet de l'évaluation quadriennale prévue par les textes. Les ARS ne disposent pas d'éléments de synthèse sur ces actions.

Si ces programmes correspondent à un cahier des charges qui doit garantir leur conformité à des méthodes reconnues, ils n'en ont pas moins des limites : ils sont fragiles financièrement, comme c'est le cas pour de nombreuses actions reposant sur le FIR, et dépendent beaucoup de l'engagement des personnes. Dans une étude portant sur la première vague des programmes autorisés en Île-de-France²⁰², on relève ainsi une offre certes abondante mais mal répartie sur la région (prenant de ce fait mal en compte les inégalités), reposant majoritairement sur les médecins et les infirmiers (et peu sur d'autres professionnels tels que les diététiciens ou les éducateurs sportifs), tandis que les médecins traitants sont peu impliqués.

Surtout, ces programmes restent, à de rares exceptions près, très difficiles à mettre en œuvre en dehors des établissements : les maisons de santé pluri professionnelles (MSP) sont pratiquement les seules structures ambulatoires qui disposent des ressources humaines nécessaires (une équipe pluridisciplinaire, pouvant consacrer du temps au montage du projet et au dossier d'autorisation vis-à-vis de l'ARS), alors que la mise en place d'un parcours de soins coordonné devrait aller de pair avec ce type de prise en charge en ville.

²⁰¹ Articles L. 1161-1 et suivants du code de la santé publique (article 84 de la loi du 21 juillet 2009 dite loi HPST).

²⁰² MARGAT, Aurore, *Étude de l'évaluation quadriennale des programmes d'éducation thérapeutique autorisés en Île-de-France*, université Paris 13, rapport final, janvier 2017.

E - Des délégations de tâches à encourager davantage

Les délégations de tâches entre médecins et professionnels de santé, infirmières notamment, ont été rendus possibles par l'article 51 de la loi HPST de 2009²⁰³. Si l'extension des missions des infirmières dans ce cadre est récente et limitée en France, plusieurs expériences sont actuellement porteuses d'améliorations dans le domaine de la prise en charge des maladies chroniques, parmi lesquelles, au niveau national, le dispositif des actions de santé libérales en équipe (ASALEE)²⁰⁴. Des protocoles de délégation ont également été autorisés au niveau hospitalier, permettant à des infirmières de suivre des patients atteints d'obésité, notamment pour les suites de la chirurgie bariatrique.

Le dispositif ASALEE²⁰⁵, qui concernait initialement le dépistage et le suivi du diabète de type 2, a ensuite été étendu au suivi du risque cardio-vasculaire, au suivi des patients tabagiques à risque de broncho pneumopathie chronique obstructive (BPCO), et au repérage des troubles cognitifs des personnes âgées. Fin 2017, près de 2 500 infirmières participaient au dispositif dans 800 cabinets médicaux. Le financement dérogatoire du dispositif, arrivé à son terme le 31 décembre 2018, passe désormais dans le droit commun²⁰⁶.

Si l'obésité elle-même ne fait pas partie des pathologies faisant l'objet du protocole ASALEE, de fait, les infirmières interviennent déjà largement sur ce thème par le biais du diabète et du risque cardiovasculaire. C'est ce que confirment la direction de la sécurité sociale (DSS) et l'association nationale ASALEE²⁰⁷, qui estiment que « les infirmiers ASALEE réalisent déjà des activités d'éducation thérapeutique pour prévenir l'obésité ».

Dans le champ hospitalier, un protocole de coopération intitulé « consultation infirmière de suivi de patient bénéficiant d'une chirurgie de l'obésité, avec prescription de médicaments en lieu et place du médecin », présenté par l'équipe du centre spécialisé de l'obésité de la Pitié-Salpêtrière, a été validé par la HAS en 2013. Ce protocole permet à des infirmières, formées au suivi des patients en post chirurgie bariatrique, de poser un diagnostic médical, d'interpréter des résultats d'examens de laboratoire et de prescrire des vitamines et des micronutriments. Mis en place en 2014, il a permis de faciliter le suivi des patients et a fait

²⁰³ Ces protocoles doivent être soumis à l'ARS et autorisés par la HAS, qui peut en étendre certains au niveau national.

²⁰⁴ ASALEE (action de santé libérale en équipe) est issu d'une expérience initiée en 2004, dans le département des Deux-Sèvres, à l'initiative de médecins généralistes. Son principe repose sur une coopération médecin infirmière, celle-ci assurant, sur la base d'un protocole bien défini, des actes de dépistage et de suivi ainsi que des activités d'éducation thérapeutique.

²⁰⁵ ASALEE a fait l'objet de plusieurs travaux d'évaluations confiées à l'IRDES par la direction de la sécurité sociale (DSS), et la caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM), positives en termes de qualité de suivi des patients et satisfaction des professionnels. « La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE », IRDES, *Questions d'économie de la santé* n° 136, novembre 2008.

²⁰⁶ Dans le cadre des missions de la CNAM prévues par l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale « participer au financement des dispositifs qui organisent le travail en équipe entre professionnels de santé ».

²⁰⁷ Entretien avec le président de l'association ASALEE et note fournie à la Cour.

l'objet d'une évaluation positive tant sur le plan de la sécurité des soins que de la satisfaction des professionnels et des patients²⁰⁸.

La mise en œuvre dans la durée de ce protocole se heurte cependant à un obstacle financier : l'activité « déléguée » ne rentre dans aucune cotation et n'est donc pas valorisée pour l'hôpital, tandis que les ressources infirmières doivent s'imputer sur l'activité habituelle. Pour ces raisons, le déroulement des consultations infirmières a dû être interrompu en 2018.

Les protocoles de l'article 51 de la loi hôpital patients santé territoires (HPST) restent difficiles à mettre en œuvre du fait notamment de la complexité du montage du protocole de délégation, de l'absence de reconnaissance financière des actes délégués et des obstacles à leur diffusion au-delà d'une équipe. Dans un bilan de 2016 des protocoles mis en place en Île-de-France au cours des cinq dernières années²⁰⁹, l'ARS souligne à nouveau « les limites importantes du dispositif, d'ordre financier, réglementaire et de reconnaissance, n'ayant pas trouvé de solutions ». Il est regrettable que les pouvoirs publics n'aient pas fait évoluer ce dispositif dont la portée, dix ans après sa création, est restée jusqu'ici limitée. Ce n'est que très récemment que quelques évolutions ont été prévues par la loi d'organisation et de transformation du système de santé (OTSS)²¹⁰.

La prochaine montée en charge des infirmières de pratique avancée (IPA)²¹¹ pourrait offrir davantage de possibilités pour améliorer la coordination et la fluidité des parcours, l'éducation thérapeutique et la prise en charge des patients, que ce soit dans le secteur ambulatoire ou hospitalier : leur domaine d'intervention, pour le moment limité à quelques pathologies chroniques, gagnerait à être élargi à l'obésité par une modification du décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018²¹² relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. L'intervention des IPA pourrait se faire prioritairement auprès des patients atteints d'obésité sévère.

II - Un accès à certains soins limité, des expérimentations qui se développent trop lentement

Malgré les améliorations apportées en matière de dépistage et de prise en charge de l'obésité, des obstacles perdurent en matière d'accès aux soins. Ils se concentrent sur l'absence de prise en charge d'interventions pourtant reconnues internationalement comme efficaces : le recours à des professionnels, tels que les diététiciens et les psychologues, qui interviennent en complément de la prise en charge médicale, et l'aide à l'activité physique adaptée. Des

²⁰⁸ BARBELANNE, Alexia, WOLF, Sylvie, FOIRY, Anne Françoise et al., « Coopération professionnelle dans le suivi des patients opérés de chirurgie bariatrique : retour d'expérience d'un protocole de transfert de tâche aux infirmières », revue *Soins*, n° 811, décembre 2016.

²⁰⁹ *Coopérations entre professionnels de santé. Bilan de cinq ans de mise en œuvre du dispositif en Île-de-France*, ARS Île-de-France, 2016.

²¹⁰ Celle-ci instaure notamment dans son article 66, à côté des protocoles locaux qui subsistent, la possibilité de protocoles nationaux. Elle instaure d'autre part pour les personnels hospitaliers une incitation financière (prime de coopération de 100 € bruts par mois).

²¹¹ Prévu par loi de modernisation de notre système de santé (articles L. 4301-1 et R. 4301-2 du code de la santé publique et décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée).

²¹² Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée.

expérimentations sont en cours dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale 2018 : elles sont cependant lentes à se mettre en place, alors que les bénéfices potentiels sont déjà connus.

A - Un accompagnement diététique, psychologique et à l'activité physique adaptée peu accessible aux patients

1 - Une prise en charge en ville se heurtant encore à plusieurs difficultés

En ville, le rôle des médecins généralistes en matière de dépistage et de prise en charge de l'obésité est difficile à apprécier mais semble minime : comme pour d'autres aspects de la prévention, ils manquent de temps et se sentent peu armés pour des prises en charge de cette nature. De plus, pour les patients, l'accès en ville à des professionnels tels que les diététiciens ou les psychologues, dont l'intervention est souvent nécessaire, demeure financièrement difficile.

Depuis 2011, ces prises en charge sont pourtant considérées par les recommandations de bonne pratique de la HAS²¹³ comme une partie intégrante du parcours de soins, aussi bien pour les enfants que pour les adultes. La Haute Autorité motive ces prescriptions par la possibilité de l'association d'une souffrance psychique secondaire à l'obésité, d'une favorisation de la prise de poids par des événements de la vie, de facteurs psychologiques, relationnels ou familiaux, ainsi que de son association à des troubles psychopathologiques.

Or, alors qu'elles sont assurées en milieu hospitalier, en ville elles ne font l'objet d'aucun remboursement, si ce n'est partiellement, pour la diététique, par les organismes d'assurance complémentaire, dont ne disposent généralement pas les personnes en situation précaire. La Mutualité française fait ainsi état d'un fort développement de la participation financière des complémentaires santé pour des consultations de diététique, avec une couverture proposée par 40 % des contrats individuels et 45 % des contrats collectifs en 2017. Par ailleurs, pour les patients pris en charge dans les réseaux de santé, les prestations de diététicien et de psychologue peuvent parfois faire l'objet d'un remboursement au titre des prestations dérogatoires (sur le FIR). Toutefois, la fragilité des ressources de ces dispositifs, qui reposent sur des financements non pérennes, rend ces prises en charge précaires.

Les consultations auprès d'un diététicien libéral

Le diététicien se distingue du médecin nutritionniste qui, après ses études de médecine, a suivi une formation complémentaire spécialisée en nutrition sous la forme d'un diplôme universitaire ou inter-universitaire ou d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires. Le diététicien a suivi, après le baccalauréat, un Brevet de technicien supérieur (BTS) spécialisé dans la diététique ou un Diplôme universitaire de technologie (DUT) en génie biologique, option diététique, en deux ans.

²¹³ Haute Autorité de Santé, *Recommandation de bonne pratique, surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent, septembre 2011. Surpoids et obésité de l'adulte, prise en charge de premier recours, septembre 2011.*

Le plus souvent, on consulte un diététicien en vue de l'établissement d'un régime personnalisé, que ce soit pour un enfant, un adolescent ou un adulte. Le diététicien peut apprendre à la personne à réaliser des recettes adaptées et assurer un suivi régulier. Les honoraires d'un diététicien sont libres, mais en général la consultation coûte entre 25 et 35 € en province, entre 40 et 60 € en région parisienne et elle ne donne droit à aucune prise en charge par la sécurité sociale, contrairement à la consultation chez un médecin nutritionniste, remboursée par la sécurité sociale sur la base de 25 €, avec des dépassements d'honoraires fréquents.

Si, pour les diététiciens, aucune prise en charge de droit commun n'est à l'heure actuelle envisagée, en dehors de ce que proposent certaines mutuelles, s'agissant des psychologues plusieurs expérimentations en cours dans des domaines différents pourraient ouvrir la voie pour l'obésité²¹⁴. Elles s'appuient sur une prise en charge à 100 % des consultations, tarifées à l'acte ou par le biais d'un forfait. Les premières évaluations sont attendues cette année et se poursuivront jusqu'en 2023.

2 - La prescription d'activités physiques adaptées (APA) encore soumise à des contraintes

L'activité physique et sportive fait partie des thérapies non médicamenteuses pour lesquelles de nombreuses études ont été réalisées²¹⁵. Des pratiques adaptées à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical des patients, pour ceux atteints d'affections de longue durée (ALD), ont été mises au point. Des initiatives locales²¹⁶ ont également conduit à la mise en place de dispositifs visant à favoriser l'activité physique. Elles se sont souvent développées au sein des réseaux sport-santé promus par les agences régionales de santé (ARS) et les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) dans le cadre des plans régionaux sport-santé bien-être.

Mais des freins à leur développement, d'origine organisationnelle, économique ou socioculturelle, ont été constatés²¹⁷. Si la quasi-totalité des régions ont décliné le plan national sport, santé, bien-être et si de nombreuses actions ont été menées, en s'articulant notamment avec les contrats locaux de santé, elles ont peu touché les populations vulnérables²¹⁸.

Récemment, la loi de modernisation de notre système de santé²¹⁹ a donné un cadre législatif au développement des bonnes pratiques en matière de sport-santé en accordant aux médecins la possibilité de prescrire une activité physique adaptée aux patients atteints d'une

²¹⁴ Les expérimentations portent sur la prise en charge de consultations de psychologues pour les enfants et les jeunes en souffrance, pour les troubles mentaux d'intensité modérée, pour l'aide aux victimes. Sont par ailleurs déjà prises en charge, sous forme de forfait, les consultations pour les victimes d'attentat et envisagées, dans le cadre du nouveau plan autisme, les interventions précoces (également sous forme de forfait).

²¹⁵ Inserm, *Activité physique : expertise collective*, 2008. ANSES, *Actualisation des repères du plan national nutrition santé relatifs à l'AP et à la sédentarité*, 2016.

²¹⁶ Sport santé sur ordonnance, programme passerelle, EFFORMIP, Prescri'forme, Precri'Mouv'.

²¹⁷ HAS, *Développement de la prescription des thérapies non médicamenteuses validées*, avril 2011.

²¹⁸ 10,86 % des actions au profit des dispositifs de proximité (quartiers prioritaires de la ville) en 2013, 11,7 % en 2014, 7,2 % en 2015 et 17 % des actions au profit des obèses en 2013 – Source Direction des sports.

²¹⁹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé – art.144.

affection de longue durée. Ses conditions de dispensation ont été fixées par décret et une instruction²²⁰ en a complété le cadre²²¹.

Les critiques tiennent tout d'abord à l'absence de prise en charge financière, à la fois de la dispensation mais également de la consultation médicale spécifique nécessaire pour réaliser un bilan médico-sportif. Elles portent ensuite sur le manque de formation du médecin, alors que la présentation des aides à la prescription par phénotype fonctionnel²²² n'est familière qu'aux éducateurs sportifs. Enfin, les praticiens manquent d'information sur la mesure elle-même et surtout sur l'offre de sport santé existante dans leur périmètre d'intervention. Ces facteurs ont freiné le développement des activités physiques et sportives dans un but de santé publique²²³.

Depuis, des outils ont été mis à disposition des médecins traitants pour faciliter leurs prescriptions d'activité physique adaptée. Tout d'abord, la Commission médicale du comité national olympique et sportif français a édité un guide présentant les critères requis pour la pratique des disciplines sportives, les intérêts potentiels en termes de santé ainsi que les risques et les contre-indications²²⁴. La HAS a édité une note méthodologique et un guide, relatifs à la promotion, la consultation et la prescription médicale d'activité physique ainsi qu'un référentiel pour les personnes en surpoids ou obèses. Les ARS ont engagé des travaux avec les DRJSCS afin de déployer de véritables plateformes régionales de recensement de l'offre d'activité physique adaptée et d'aide à l'orientation par les médecins prescripteurs²²⁵.

En ce qui concerne les coûts, s'ils ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie, des possibilités de financement ou de co-financement existent. Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) peuvent participer au titre de leurs crédits d'action sociale pour les publics précaires et les ARS financent quelques activités par le fonds d'intervention régional. Enfin, certaines assurances santé complémentaires proposent des contrats qui financent des activités physiques.

La direction de la sécurité sociale n'est pas favorable à une prise en charge par l'assurance maladie, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, elle souligne que l'assurance maladie n'a pas vocation à rembourser l'ensemble des activités ayant des externalités positives sur la santé. Ensuite, l'activité physique n'est pas une prestation de soins, et les éducateurs ne sont pas tous des professionnels de santé. Enfin, couvrir la prise en charge de l'activité physique adaptée pour les assurés en ALD aurait un impact financier particulièrement conséquent pour les finances publiques. Les estimations réalisées sur la base d'un taux de recours des patients en ALD²²⁶ de 30 % et d'un forfait de 10 séances d'une heure soit 500 €/an se montent à 4 Md€ annuels.

²²⁰ Instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017.

²²¹ Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016. Instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017.

²²² Profils fonctionnels des patients atteints d'une ALD.

²²³ Mission flash relative à la prescription d'activités physiques, Assemblée nationale, 2018. IGAS/IGJS, *Évaluation des actions menées en matière d'APS à des fins de santé*, 2018

²²⁴ CMOSF, *Médicosport santé, dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives*, avril 2017.

²²⁵ DRJSCS Île-de-France, *La santé par le sport*.

²²⁶ 11 millions de patients.

Un recensement de l'offre d'activité physique adaptée et un bilan de la mise en place du dispositif de dispensation aux patients atteints d'une affection de longue durée ont été demandés aux ARS pour fin 2018²²⁷. Les résultats n'ont pas encore été rendus. Au-delà de cette enquête, il serait nécessaire d'évaluer l'observance des patients car peu d'études ont évalué les conditions du maintien de la pratique d'activités physiques sur le long terme « en conditions réelles »²²⁸. Par ailleurs, les économies générées en termes de santé publique devront également faire l'objet d'études avant d'envisager d'éventuelles modalités de prise en charge. À ce titre, les études actuellement menées sur une cohorte de personnes atteintes de maladies cardiovasculaires ou encore de femmes opérées d'un cancer du sein devront être analysées avec précision.

Enfin, au-delà des personnes obèses porteuses d'une ALD, il est opportun d'inciter l'ensemble des personnes obèses à pratiquer une activité physique et sportive. Une telle démarche peut être envisagée dans le cadre des futures maisons sport-santé prévues dans la stratégie nationale de santé. Il est à noter que de nombreuses régions vont d'ores et déjà au-delà du cadre fixé par le décret en ce domaine.

B - Des expérimentations sur la base de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018 qui peinent à se mettre en place et à l'échéance trop lointaine

L'article 51 de la LFSS 2018 est devenu le support juridique destiné à permettre des expérimentations innovantes en santé, en vue d'améliorer la pertinence et la qualité des prises en charge et d'autoriser les acteurs de santé à déroger à des règles de droit commun pour tester des organisations et des modèles de financement innovants.

Dans le domaine de l'obésité, des expérimentations débutent au niveau national, concernant les enfants, mais des projets ont également été déposés au niveau régional, notamment pour les adultes. Elles visent à promouvoir une logique de parcours et à autoriser des dérogations en termes de rémunération.

1 - Deux expérimentations nationales en cours pour les enfants

S'agissant des enfants, les expérimentations sont au nombre de deux, l'une portant sur le dépistage et la prise en charge d'enfants à risque d'obésité (population cible : 400 000 enfants), l'autre sur la prise en charge d'enfants en état d'obésité morbide (population cible : 100 000 enfants).

« Mission retrouve ton cap »

L'expérimentation « Mission retrouve ton cap » vise à dépister des enfants à risque d'obésité dans la tranche d'âge de 3 à 8 ans. Initialement prévue sur la base de l'article 68 de la LFSS 2016 dans trois départements (Nord-Pas-de-Calais pour les Hauts-de-France,

²²⁷ Note d'information n° DGS/EA3/DS/2018/176 du 13 juillet 2018.

²²⁸ Recommandation portée par l'Inserm dans son expertise collective sur l'activité physique de 2019.

Seine-Saint-Denis pour l'Île-de-France, et département/région de La Réunion), elle est désormais intégrée aux expérimentations sur la base de l'article 51 de la LFSS 2018²²⁹.

La « Mission retrouve ton cap » est portée par la CNAM *via* les CPAM et propose une prise en charge pluridisciplinaire (diététique, psychologique, activité physique) d'une durée maximale de deux ans, qui se veut à la fois plus précoce et mieux adaptée aux besoins des enfants de 3 à 8 ans en incluant étroitement l'entourage familial. Les enfants ciblés sont ceux à risque d'obésité parmi lesquels les enfants en surpoids, les enfants présentant un rebond d'adiposité précoce ou présentant une ascension continue de la courbe de corpulence (IMC). Des structures de premier recours ont été retenues dans chaque territoire. Une rémunération forfaitaire annuelle est versée par la caisse d'assurance maladie dont relève la structure, en fonction des consultations et bilans réalisés. Différents textes encadrent son déploiement²³⁰.

L'expérimentation prévoit l'adressage par un médecin repérant l'enfant (généraliste, pédiatre) vers une structure participant à l'expérimentation (centre de santé pluridisciplinaire, maison de santé pluridisciplinaire essentiellement). La prise en charge est gratuite et va de pair avec une association des parents à la démarche.

Les dérogations financières concernent la prise en charge, la première année, de trois bilans initiaux (diététique systématique, psychologique et d'activité physique selon les besoins) puis de 6 consultations de suivi (et éventuellement diététique ou psychologue) et, la 2^{ème} année, de 12 consultations. Le forfait attribué à la structure est de 240 € par an par enfant au plus. Au total, un maximum de 9 000 forfaits pourra être financé.

Alors que les premières inclusions devaient commencer en février 2016, elles n'ont eu lieu qu'en février 2018, principalement en raison des délais nécessaires pour identifier les intervenants, diffuser les outils et déléguer les crédits. Aujourd'hui, le dispositif est considéré comme encourageant par la CNAM, qui estime qu'il pourrait ouvrir la voie à des prises en charge financières, après une évaluation prévue en 2021. À ce jour, 33 structures participent à l'expérimentation, dont 17 dans le Nord-Pas-de-Calais, 13 en Seine Saint Denis et 3 à La Réunion, avec un total de près de 850 enfants inclus au 31 décembre 2018, dont plus de 500 dans le Nord. Un second appel d'offres lancé au printemps 2019 a permis de recruter 16 nouvelles structures dans des zones non encore couvertes, la plupart (12) dans le Nord-Pas-de-Calais.

Les premiers retours font apparaître d'emblée une forte utilisation des forfaits complets (près de la moitié des enfants). Parmi les difficultés relevées auprès des équipes, on signale des questions liées aux critères d'inclusion (cas fréquent d'enfant adressé mais sortant légèrement des limites d'âge, ou membre de la fratrie également à risque mais ne rentrant pas dans le cadre), mais aussi des adressages d'enfants déjà en situation d'obésité, qui n'avaient accès à aucune

²²⁹ Compte tenu des nombreux supports législatifs progressivement mis en place pour des expérimentations ces dernières années, l'article 51 de la LFSS 2018 a prévu la possibilité de les intégrer dans un même cadre sur avis du comité technique de l'innovation en santé, qui avait jusqu'au 30 septembre 2018 pour se prononcer sur leur poursuite.

²³⁰ Arrêtés du 10 août 2016 fixant la liste des zones géographiques sélectionnées pour participer aux expérimentations prévues par l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 ; du 10 février 2017 fixant le cahier des charges relatif aux expérimentations prévues par l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 destinées à prévenir l'obésité chez l'enfant de trois à huit ans ; du 20 décembre 2018 relatif à l'expérimentation visant à prévenir le surpoids et l'obésité chez les enfants de 3 à 8 ans.

prise en charge, notamment diététique, comme c'est le cas en particulier à La Réunion. Le nombre des patients perdus de vue au cours de la première année est variable d'une région à l'autre (13 % au total mais 39 % à La Réunion, notamment en raison de question d'accès aux structures participantes parfois éloignées du domicile). Par ailleurs, les équipes signalent la difficulté, sur certains territoires, à trouver des professionnels aux tarifs de l'expérimentation (en moyenne 20 € la consultation de diététicien ou psychologue, tarifs inférieurs à ceux pratiqués habituellement).

Enfin, là où des réseaux structurés existaient déjà, comme en Île-de-France et à La Réunion, la valeur ajoutée de cette expérimentation n'apparaît pas clairement aux acteurs qui pratiquaient déjà l'approche pluri professionnelle et les prestations dérogatoires et n'étaient pas contraints par des limites d'âge ou par les durées de prise en charge. L'expérimentation a pu également créer des confusions, la distinction entre réseaux et « Mission retrouve ton cap » n'étant pas toujours claire pour les médecins qui adressent les patients.

Les recommandations pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant

Dès 2011, la HAS a élaboré des recommandations fondées sur une revue de la littérature internationale et les travaux d'un groupe d'experts²³¹. Celles-ci restent d'actualité et sont proches de celles d'autres pays, en particulier de celles produites au Royaume Uni par le *National Institute of Clinical Excellency* (NICE), réactualisées plus récemment²³². Parmi les principaux points qui font l'objet d'un consensus international, on retrouve la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire, associant plusieurs types de professionnels ainsi que l'enfant et sa famille.

C'est sur ces bases que les recommandations de la HAS proposent un parcours de soins de l'enfant et de l'adolescent en surpoids ou obèse, avec trois niveaux de prise en charge selon la gravité et la complexité, mais associant dans tous les cas au médecin d'autres professionnels.

S'agissant de la prise en charge diététique, les études disponibles portent généralement sur l'association de cette intervention avec un accompagnement à l'activité physique. En effet, si des interventions diététiques isolées n'ont pas fait leurs preuves pour diminuer l'IMC chez l'enfant, les combinaisons des approches se sont en revanche avérées positives, l'efficacité étant accrue par l'implication des parents. Associées à l'intervention diététique, la pratique d'une activité physique améliore l'état de santé de l'enfant ou de l'adolescent.

Face au retentissement psychique fréquent de l'obésité chez l'enfant, la prise en charge spécialisée par un psychologue ou un pédopsychiatre n'est pas systématiquement nécessaire. Quand elle est indiquée, elle doit également s'intégrer dans une démarche pluriprofessionnelle. Tout autant que les interventions de différents professionnels, c'est la coordination et l'approche pluridisciplinaire qui représentent des facteurs de qualité de la prise en charge.

²³¹ Haute autorité de santé, *Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Recommandations de bonne pratique*, septembre 2011.

²³² *National Institute of Clinical Excellency Lifestyle, Changes for children and young people who are overweight or obese*, juin 2019 ; *Lifestyle weight management services for overweight or obese children and young people*, octobre 2017.

OBEPEDIA

L'expérimentation OBEPEDIA (obésité pédiatrique) est issue du plan obésité, et plus particulièrement d'un rapport sur la prise en charge des enfants paru en 2014²³³. Ce travail a préconisé une prise en charge coordonnée, s'appuyant sur les centres spécialisés de l'obésité et les REPOP notamment, nécessitant un modèle économique spécifique pour la coordination et les professionnels non pris en charge par l'assurance maladie. Il a également défini les critères d'inclusion dans le programme ainsi que le rôle des acteurs. L'objectif est de tester la faisabilité d'un parcours de soins pour traiter l'obésité sévère des enfants et des adolescents. OBEPEDIA a pour cible environ 500 000 enfants et adolescents obèses dont 100 000 en obésité sévère²³⁴.

La démarche vise à relier le soin et l'éducation thérapeutique au sein d'une équipe de proximité, en lien avec le médecin traitant et le centre spécialisé de l'obésité, ce dernier étant porteur de l'expérimentation. Le projet a été défini en 2015 et un comité de suivi a été mis en place par la DGOS. Les centres spécialisés de l'obésité ont été sélectionnés sur la base d'un appel à projet de janvier 2017²³⁵. Neuf territoires ont été désignés : Toulouse, Nancy, Bordeaux, Angers, Lille, Lyon, Nice, Île-de-France, La Réunion.

Plusieurs dérogations sont prévues sur les modes de financement : elles portent sur les paiements au forfait des professionnels non médicaux, le paiement au forfait pour le médecin traitant, et la création de forfaits, par professionnel et par phase de prise en charge, couvrant l'ensemble des interventions. Des indicateurs de processus et de résultats sont prévus, ainsi qu'une évaluation qualitative en fin d'expérimentation.

En pratique, dans les régions visitées à l'occasion de l'enquête de la Cour, l'expérimentation n'avait pas encore démarré²³⁶ : elle a manifestement pâti de retards pris du fait de réorganisations dans le portage du dossier au SGMAS et à la DGOS, puis de la décision de construire le modèle économique sur la base de l'article 51 de la LFSS 2018. Il est par ailleurs regrettable que les crédits n'aient pas encore été délégués à l'ensemble des équipes : ainsi, la Cour a pu faire le constat qu'à Lille, alors que le centre spécialisé de l'obésité pédiatrique s'est engagé dans la démarche, aucun financement n'est arrivé depuis le début de l'année, retardant d'autant les prises en charge et plaçant les équipes en situation difficile vis-à-vis des jeunes patients qui avaient déjà été identifiés.

La durée de quatre années prévues pour l'expérimentation semble longue, compte tenu du faible nombre d'enfants inclus et de l'urgence à améliorer les parcours de soins des enfants et adolescents obèses. Il est prévu d'en prendre en charge 900 au total pour dix régions, pour un coût de 3 000 € par enfant pour deux ans, sur la durée de l'expérimentation (auquel s'ajoutent environ 300 € apportés par la CNAM), soit 3 M€ au. Le coût annuel par enfant est de 1 650 €.

Au regard du nombre d'enfants inclus et des moyens qui paraissent faibles, il y a lieu de s'interroger sur la durée nécessaire à la mise en place d'une expérimentation somme toute limitée. L'évaluation étant prévue en 2024, il aura fallu 10 ans depuis le rapport de 2014 pour

²³³ TAUBER, Maïthé, ZIEGLER, Olivier, BASDEVANT, Arnaud, *Séquence de prise en charge d'un enfant /adolescent présentant une obésité complexe à partir de sa venue dans une unité pédiatrique de CSO*, 2014.

²³⁴ Données 2013 pour les 6-18 ans en France. Il y a également 2 millions d'enfants et d'adolescents en surpoids.

²³⁵ Instruction N° DGOS/R4/2017/28 du 26 janvier 2017 relative à la sélection de 5 centres spécialisés de l'obésité (CSO) pour l'expérimentation du parcours OBEPEDIA (obésité pédiatrique sévère).

²³⁶ La parution de l'arrêté est prévue avant la fin de l'année 2019.

conclure sur la pertinence de la prise en charge d'un parcours coordonné incluant des prestations de professionnels (diététiciens, psychologues), dont l'intervention est recommandée dans les bonnes pratiques de prise en charge en vigueur dans de nombreux pays, y compris celles de la HAS. En France, très récemment, l'étude précitée réalisée dans le cadre des réseaux obésité pédiatrique est venue conforter l'efficacité, y compris à long terme, d'une approche pluridisciplinaire comprenant des interventions de diététiciens, d'éducateurs sportifs et de psychologues.

Un des principaux obstacles qui s'opposent à une généralisation de ces prises en charge est leur coût. À cet égard, il est surprenant que ni la DSS ni la CNAM n'aient anticipé l'estimation des dépenses supplémentaires. Dans le cas des enfants, sous certaines conditions, plusieurs éléments amènent toutefois à relativiser ces coûts.

Les dépenses pourraient tout d'abord s'avérer limitées. Pour les enfants en simple surpoids en effet, sur la base des chiffrages de « Mission retrouve ton cap », et d'une hypothèse de 50 % de la population cible diagnostiquée à terme (soit 200 000), parmi lesquels 50 % seraient inclus (soit 100 000), avec une moyenne de 20 % d'abandons et perdus de vue, le coût de 80 000 forfaits à 240 € s'élèverait à 19,2 M€ par an. Pour les enfants obèses, sur la base également des chiffrages d'OBEPEPIA, et d'une hypothèse cette fois de 50 % d'enfants inclus (soit 50 000), avec 30 % d'abandons ou perdus de vue, le coût pour 35 000 forfaits à 1 650 € serait de près de 58 M€ par an. En tout état de cause, l'extension des prises en charges s'étalerait sur deux à quatre ans, compte tenu de la nécessité d'y associer de nouveaux professionnels. Elles devraient s'appuyer largement sur les réseaux, qui disposent déjà de l'expertise et la capacité de coordination nécessaires et pourraient bénéficier de ces financements supplémentaires.

Le coût de ces prises en charge, de l'ordre de 77 M€ en année pleine, doit ensuite être considéré au regard des coûts évités à terme en lien avec une réduction, chez l'adulte, des cas d'obésité et des pathologies associées, diabète et maladies cardiovasculaires notamment. Si le manque d'étude médico-économique sur ce sujet précis empêche de chiffrer précisément les économies potentielles, le coût social estimé de l'obésité (proche de 22 Md€ annuels, dont plus de la moitié correspondant au coût pour les finances publiques) donne un ordre de grandeur des dépenses évitées en cas de réduction, même minime, de la prévalence.

Enfin, cette mesure de généralisation de certains parcours pour les enfants ne devrait s'envisager que dans le cadre d'une révision de l'ensemble des prises en charge médicales et chirurgicales de l'enfant et de l'adulte. Dans cette perspective, la diminution du recours à la chirurgie bariatrique observée récemment est susceptible de réduire certains coûts hospitaliers, du moins dans un premier temps²³⁷.

2 - Quelques projets d'expérimentation régionale

D'autres projets d'expérimentation régionale concernant l'obésité ont été soumis depuis août 2018, dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018. Un projet a été autorisé en janvier 2019 et huit sont en cours d'instruction. Ils se répartissent principalement en trois catégories, chirurgie bariatrique, prise en charge médicale de l'adulte, et prise en charge de l'obésité pédiatrique.

²³⁷ Cf. annexe n° 6.

L'approche retenue, qui vise à évaluer l'opportunité d'une meilleure coordination entre les intervenants et de prestations qui ne font pas encore l'objet d'une prise en charge (psychologue, diététicien), mais sont pourtant déjà intégrées aux recommandations de bonne pratique de la HAS comme de celles d'autres pays, soulève les mêmes objections que celles exposées dans les développements précédents. Le ministère reconnaît à cet égard que « les résultats ne seront visibles que de manière différée dans le temps et largement au-delà de la durée maximale d'une expérimentation »²³⁸, ce qui imposera le recours à des indicateurs qualitatifs et intermédiaires dont l'interprétation restera dans tous les cas difficile.

Dans la mesure où la plupart des projets prévoient des rémunérations dérogatoires, le principe gagnerait à être étudié dans le cadre d'une expérimentation nationale pour les adultes. Le ministère considère cependant qu'il est « encore trop tôt pour orienter ces projets vers une éventuelle mutualisation sur la base d'un cahier des charges commun pour certains projets », privilégiant la recherche d'une « cohérence globale entre projets (...) avec des modèles différents d'organisation et de financement, mais respectant les différents contextes » afin de permettre « une analyse transversale inter projets, au sein d'un même groupe »²³⁹.

Les différentes mesures prises ces dernières années pour améliorer la fluidité des parcours de soins ont permis d'améliorer les prises en charge. Celles-ci ne sont cependant pas encore optimales, les principaux obstacles tenant aux lacunes observées dans le dépistage précoce, aux difficultés d'accès à certaines prestations en ville et au suivi des patients atteints d'obésité morbide en milieu hospitalier. Ces lacunes plaident pour des approches plus intégrées, s'appuyant sur un parcours mieux structuré, une accélération des expérimentations permettant des prises en charge au parcours, des délégations de tâches élargies, et la mobilisation de leviers d'amélioration de la qualité.

La feuille de route obésité a prévu un certain nombre de mesures qui vont dans ce sens, parmi lesquelles, outre les expérimentations « article 51 », la saisie régulière, à terme, du poids et de la taille dans le dossier médical partagé (DMP) et la mise en place, dès 2020, d'une autorisation de chirurgie de l'obésité. Leur mise en œuvre mériterait cependant d'être détaillée et chiffrée, avec un échéancier précis.

Il conviendrait d'y ajouter d'autres leviers, notamment la mise en place d'une expérimentation de dimension nationale pour une prise en charge forfaitaire au parcours d'adultes atteints d'obésité sévère. Cette expérimentation pourrait s'intégrer dans le cadre de celles prévues (toujours par le biais de l'article 51 de la LFSS 2018) pour le suivi des pathologies chroniques et être réalisée en étroite coordination avec les centres spécialisés de l'obésité. Elle pourrait être calquée sur la mise en place prochaine, pour certains établissements de santé (avec une possibilité d'extension ultérieure vers les soins de ville), des forfaits maladie rénale chronique et diabète. Elle devrait prévoir une prise en charge pluridisciplinaire, incluant des consultations de diététique et de psychologue, ainsi qu'au minimum un bilan d'activité physique permettant une orientation vers un dispositif d'APA. La population cible initiale

²³⁸ Note de synthèse des projets d'expérimentation concernant la prise en charge de l'obésité soumis dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018 transmise à la Cour par le SGMAS en date du 06 juin 2019.

²³⁹ Note de synthèse des projets d'expérimentation concernant la prise en charge de l'obésité soumis dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018 transmise à la Cour par le SGMAS en date du 06 juin 2019.

comprendrait les personnes atteintes d'obésité morbide, dont le nombre peut être estimé à 800 000, puis celles atteintes d'obésité sévère²⁴⁰.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Depuis le plan obésité de 2010, la prise en charge des patients s'est améliorée, qu'il s'agisse des enfants ou des adultes. Elle reste cependant marquée par un repérage insuffisamment précoce chez l'enfant et un recours excessif à la chirurgie bariatrique chez l'adulte.

La difficulté à suivre un nombre important et croissant de patients devrait conduire à développer les délégations de tâches entre professionnels de santé et à intégrer des interventions pluridisciplinaires dans le parcours de soins (diététique, prise en charge psychologique, accompagnement à l'activité physique adaptée).

Sur ce plan, les pouvoirs publics ont choisi de lancer des expérimentations dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 : elles sont cependant lentes à se mettre en place. Une action plus volontariste, en faveur des enfants notamment, passant par la généralisation rapide de parcours de soins intégrant une approche pluridisciplinaire, permettrait une meilleure prévention de l'obésité et de ses conséquences morbides, financières et économiques.

En conséquence, la Cour formule les recommandations suivantes :

- 6. étendre le champ de l'exercice infirmier de pratique avancée à la prise en charge de l'obésité (DGOS, DSS, CNAM) ;*
 - 7. organiser, sans attendre la fin des expérimentations, la prise en charge au parcours des enfants atteints de surpoids et de ceux atteints d'obésité sévère, incluant des consultations de diététicien et de psychologue ainsi que des bilans d'activité physique (DGOS, DGS, DSS, CNAM) ;*
 - 8. mettre en place pour les adultes atteints d'obésité sévère une expérimentation nationale de prise en charge au parcours incluant des consultations de diététicien et de psychologue ainsi qu'un bilan d'activité physique destiné à une orientation du patient vers un dispositif d'activité physique adaptée (DGOS, DGS, DSS, CNAM).*
-

²⁴⁰ Sur la base de la prévalence de l'obésité morbide (IMC supérieur ou égal à 40) chez les adultes dans Esteban (1,55 %). La prévalence de l'obésité sévère est de 3 %.

Conclusion générale

La France fait partie des rares pays qui se sont lancés, depuis près de 20 années, dans une politique publique de santé nutritionnelle ambitieuse visant à prévenir et à prendre en charge une maladie devenue pandémique, l'obésité.

Engagée dans la prévention et la lutte contre l'obésité sur la scène européenne depuis le début des années 2000, la France a adopté et mis en œuvre plusieurs plans successifs qui ont permis, selon les deux études épidémiologiques réalisées à dix années d'intervalle, la stabilisation du développement de cette pathologie. Si la France se trouve dans une situation sanitaire moins défavorable que beaucoup d'autres pays européens, elle n'atteint cependant pas les objectifs de réduction qu'elle s'était assignés et ne parvient pas à résorber les inégalités sociales et territoriales liées à la prévalence de l'obésité. La situation des départements ultramarins est, à cet égard, préoccupante.

Les actions menées dans le cadre des programmes nationaux ont été multiples, touchant à la fois les secteurs de la santé publique, de l'alimentation, du monde sportif ou encore de l'environnement, ainsi que l'école. Elles ont cependant souffert d'une insuffisante coordination, aussi le renforcement du pilotage national et régional dans le cadre du comité interministériel pour la santé apparaît-il comme indispensable pour que la politique de prévention et de lutte contre l'obésité prenne toute son ampleur.

Des actions de prévention et de promotion de la santé, mieux ciblées que par le passé se sont structurées, témoignant de la détermination des acteurs de santé publique dans le domaine. Ces actions ont mobilisé non seulement les professionnels de santé, la communauté éducative, les acteurs sociaux, mais également les responsables politiques, nationaux et territoriaux, associatifs et les décideurs économiques.

L'action sur l'offre et la demande alimentaire constitue le second volet, essentiel, des politiques de prévention de l'obésité. La France a fait le choix d'une politique incitative tant en matière d'offre que de publicité et de marketing dans un dialogue nourri avec les secteurs agroalimentaires et de la publicité. Les résultats obtenus par cette autorégulation montrent aujourd'hui leurs limites. La mise en place de l'étiquetage nutritionnel et du Nutri-Score, encore trop peu développé, se heurte encore à de nombreuses oppositions de la part des industriels du secteur. Les tentatives d'encadrement accru du marketing dont les enfants sont les cibles dans les médias audiovisuels et numériques, ont échoué, tandis que les stratégies de commercialisation de la grande distribution et la présence massive des distributeurs automatiques échappent à la régulation publique.

Ces limites ont de longue date été soulignées par les études internationales et par l'OMS, qui privilégie une approche de régulation plus normative. Nul ne conteste, aujourd'hui, la nécessité d'améliorer la qualité nutritionnelle des aliments, de réduire l'accessibilité des enfants aux aliments peu sains et de mieux informer le consommateur pour l'aider à choisir les produits les moins nocifs pour sa santé. Au vu des résultats encourageants mais encore insuffisants de

la politique de prévention et de lutte contre l'obésité, les pouvoirs publics devraient travailler à l'adoption d'une régulation plus contraignante, en application des recommandations de l'OMS et de la littérature scientifique internationale.

En matière de prise en charge des patients, l'amélioration de l'accès à des soins spécialisés, un meilleur encadrement de la chirurgie bariatrique et la mise en place, encore expérimentale, des parcours de soins offrent des perspectives de progrès bien identifiées. À cet égard, dès lors que les parcours reposent sur des prestations, reconnues internationalement pour leur efficacité, notamment pour les enfants à risque, la Cour préconise leur généralisation et leur prise en charge rapides sans attendre la fin des expérimentations. Le surcoût potentiel, limité, pourrait être partiellement compensé par la réduction des interventions de chirurgie bariatrique, sans compter les gains importants à long terme de la prévention et de la réduction de l'obésité, notamment chez les jeunes.

L'obésité, qualifiée d'épidémie mondiale par l'OMS, est à l'origine d'un coût sanitaire, social et financier considérable pour la collectivité. C'est pourquoi les pouvoirs publics doivent se mobiliser sans plus tarder comme ils l'ont fait pour la lutte contre le tabagisme. La priorité donnée à ce sujet a été réaffirmée par le Premier ministre dans sa déclaration de politique générale du 12 juin 2019, au cours de laquelle il a également fait état de la volonté de la France de défendre auprès de la Commission européenne la possibilité de rendre le Nutri-Score obligatoire, étape indispensable pour fonder des politiques d'encadrement progressif de la production, du marketing, de la distribution et de la publicité des aliments.

Liste des abréviations

AFFSA :	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
ALD :	Affection de longue durée
ANSES :	Agence nationale de sécurité sanitaire, alimentation, environnement, travail
APA :	Activité physique adaptée
APOP :	Association pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie
ARH :	Agence régionale d'hospitalisation
ARS :	Agence régionale de santé
ASALEE :	Actions de santé libérales en équipe santé
CCMSA :	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CCPP :	Commissions de coordination des politiques publiques de santé
CIO :	Centre intégré de l'obésité
CIS :	Comité interministériel pour la santé
CLS :	Contrats locaux de santé
CNAM :	Caisse nationale d'assurance maladie
CPAM :	Caisse primaire d'assurance maladie
CRALIM :	Comité régional pour l'alimentation
CSA :	Conseil supérieur de l'audiovisuel
CSP :	Catégorie socio-professionnelle
CSO :	Centres spécialisés de l'obésité
DAAF :	Direction de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt
DAP :	Demande d'accord préalable
DGCCRF :	Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DGS :	Direction générale de la santé
DGOS :	Direction générale de l'offre de soins
DOM :	Département d'outre-mer
DMP :	Dossier médical partagé
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS :	Direction de la sécurité sociale
DRJSCS :	Direction de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
ENNS :	Étude nationale nutrition santé
EPS :	Éducation physique et sportive
ESPS :	État de santé des français et facteurs de risque
Esteban :	Étude de SanTé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition
FIR :	Fonds d'intervention régional
HAS :	Haute autorité de santé
HCSP :	Haut Conseil de la santé publique.

HPST : Loi hôpital, patient, santé et territoires
IMC : Indice de masse corporelle
INCA : Enquêtes individuelle nationale des consommations alimentaires
INCA : Institut du cancer
INPES : Institut de prévention et d'éducation pour la santé
Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS : Institut national de veille sanitaire
IPA : Infirmière de pratique avancée
IQSS : Indicateurs de qualité et de sécurité des soins
LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale
MSAP : Mise sous accord préalable
OQALI : Observatoire de la qualité des aliments
OMS : Organisation mondiale de la santé
OCDE : Organisation de coopération et de développement économique
OTSS : Loi d'organisation et de transformation du système de santé
PAT : Programme d'alimentation territorial
PES : Parcours éducatif de santé
PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMI : Protection maternelle et infantile
PMIPNSE : ... Plan national santé environnement
PNA : Programme national pour l'alimentation
PNAN : Programme national alimentation nutrition
PNNS : Programmes national nutrition santé
PNSSBE : Plan national sport, santé, bien-être
PRSSBE : Plan régional sport, santé, bien-être
PO : Plan obésité
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information médicalisé
REPOP : Réseau pédiatrique de prévention, dépistage et prise en charge de l'obésité en pédiatrie
SG MAS : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
SPF : Santé publique France
SSR : Soins de suite et de réadaptation
UNSS : Union nationale du sport scolaire

Annexes

Annexe n° 1 :	échanges de courriers avec l'Assemblée nationale.....	108
Annexe n° 2 :	définitions et concepts	110
Annexe n° 3 :	les PNNS et les autres plans nationaux	113
Annexe n° 4 :	les coûts de l'obésité.....	116
Annexe n° 5 :	synthèses régionales	120
Annexe n° 6 :	les données hospitalières	131
Annexe n° 7 :	les taux de taxation des boissons sucrées	143
Annexe n° 8 :	la fiscalité des produits alimentaires au niveau international	146
Annexe n° 9 :	les comparaisons internationales	149
Annexe n° 10 :	les crédits du PNNS 3.....	154

Annexe n° 1 : échanges de courriers avec l'Assemblée nationale



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
Le Président

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ - ÉGALITÉ - FRATERNITÉ

Paris, le

Nos réf. : D 0161

Monsieur le Premier président,

En application de l'article L.O. 132-3-1 du code de la sécurité sociale, j'ai l'honneur de vous informer du souhait de la Commission des affaires sociales de pouvoir bénéficier du concours de la Cour des Comptes sur les sujets suivants :

- Les régimes spéciaux, étant entendu que la Commission n'attend pas de la Cour qu'elle traite de l'intégralité des régimes spéciaux, il n'est donc pas nécessaire de revenir sur les régimes spéciaux ayant fait l'objet de travaux de la Cour ou de traiter des « petits » régimes ;
- La lutte contre l'obésité.

Vous remerciant par avance de l'aide que la Cour des Comptes pourra apporter à notre Commission, je vous prie de croire, Monsieur le Premier président, à l'assurance de ma considération distinguée.

Brigitte BOURGUIGNON

M. Didier MIGAUD
Premier président
Cour des comptes
13, rue Cambon
75100 PARIS CEDEX 01

Assemblée nationale - 121, rue de l'Assemblée - 75251 Paris 07 SP - Tél : 01 40 63 65 2 - brigitte.bourguignon@assemblee-nationale.fr
Parlementaire parlementaire : 1, rue Miquel - BP 251 - 62740 Desvres - Tél : 03 21 52 03 59
k.lévy@parlementaires-desvres.fr

Cour des comptes

KCC D1804312 KZZ
14/12/2018

Le

14 DEC. 2018

Le Premier président

Madame la Présidente,

Par courrier en date du 12 décembre dernier, vous m'avez fait part des demandes d'enquête de la commission des affaires sociales en application de l'article L. 132-3-1 du code des juridictions financières.

Je vous confirme que la sixième chambre de la Cour, présidée par M. Denis Morin, conduira les deux travaux que vous lui avez demandés, conformément au tableau ci-après.

Intitulé	Remise
Les régimes spéciaux de retraite	Avril 2019
La lutte contre l'obésité	Novembre 2019

Le président de la sixième chambre se tient à votre disposition afin de fixer le champ et l'approche retenus. Je vous propose que ces précisions fassent ensuite l'objet d'un échange de courriers entre nous.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma haute considération


Didier Migaud

Madame Brigitte Bourguignon
Présidente de la Commission
des affaires sociales
Assemblée nationale
126 rue de l'Université
75355 PARIS SP 07

Annexe n° 2 : définitions et concepts

GÉNÉRALITÉS

L'indice de masse corporelle (IMC) correspond au poids (en kg) divisé par le carré de la taille (en mètres). Selon la classification de l'OMS, on parle de **surpoids** lorsque l'IMC est supérieur à 25 et d'**obésité** lorsqu'il dépasse 30. Chez les enfants, la corpulence est estimée soit selon les mêmes critères que ceux de l'OMS, soit selon les seuils spécifiques établis au niveau international, révisés en 2012²⁴¹.

Toutefois, pour un même IMC, la composition corporelle peut varier d'un individu à l'autre. Ainsi, une femme enceinte ou un sportif de haut niveau auront un IMC élevé sans pour autant présenter d'excès de masse grasse. Un autre critère est également pris en compte pour estimer si un patient est atteint d'obésité : le tour de taille. L'excès de masse grasse localisé autour du ventre est en effet associé à un risque accru de diabète et de maladies cardiovasculaires, indépendamment de l'IMC. Lorsque le tour de taille est supérieur à 100 cm chez l'homme et à 88 cm chez la femme, on parle d'obésité abdominale.

Tableau n° 7 : la classification de l'IMC

<i>IMC en kg/m²</i>	Classification de l'OMS
<i>5 < 16,5</i>	Dénutrition
<i>Entre 16,5 et 18,49</i>	Maigreur
<i>Entre 18,5 et 24,99</i>	Valeurs de référence
<i>≥ 25,00</i>	Surpoids
<i>30,00 – 34,99</i>	Obésité modérée
<i>35,00 – 39,99</i>	Obésité sévère
<i>≥ 40,00</i>	Obésité massive

Source : OMS

La nutrition au sens de l'OMS (définition reprise par le PNNS) englobe les questions relatives à l'alimentation (nutriments, aliments, déterminants sociaux, culturels, économiques, sensoriels et cognitifs des comportements alimentaires) et à l'activité physique.

La prévalence est le nombre de cas d'une maladie dans une population à un moment donné, englobant aussi bien les cas nouveaux que les cas anciens.

²⁴¹ *International Obesity Task Force (IOTF)*. L'IOTF a élaboré en 2000 une définition du surpoids et de l'obésité chez l'enfant : les seuils du surpoids et de l'obésité sont constitués par les courbes de centiles atteignant respectivement les valeurs 25 et 30 kg/m² à 18 ans (les valeurs 25 et 30 étant les seuils définissant le surpoids et l'obésité chez l'adulte). Selon la définition de l'IOTF, on parle de surpoids (dont obésité) pour un IMC supérieur au centile IOTF-25, de surpoids (non obèse) entre le centile IOTF-25 et le centile IOTF-30, et d'obésité pour un IMC supérieur au centile IOTF-30.

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

L'**activité physique** (AP) se définit comme tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique. L'INPES définit l'activité physique comme tous les mouvements corporels produits par la contraction des muscles entraînant une augmentation de la dépense énergétique au-dessus de la dépense de repos. Elle ne se réduit donc pas à la pratique sportive, mais comprend l'activité physique lors des activités professionnelles ou à l'école, l'activité physique dans le cadre domestique de la vie courante (transports actifs par ex.) et l'activité physique lors des loisirs (incluant les activités sportives). Toutes ces activités contribuent à la dépense énergétique des individus. L'activité physique peut être classée dans certaines études en 5 grandes catégories en fonction de l'intensité mesurée en équivalent métabolique (MET pour *metabolic equivalent task*).

Les **activités physiques adaptées** (APA) correspondent à la pratique, dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires. La dispensation d'une APA a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risques et les limitations fonctionnelles liés à l'affection dont elle est atteinte. Les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques et sportives et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences.

Par analogie avec l'activité physique, l'**inactivité physique**, peut être définie comme « un état dans lequel les mouvements corporels sont réduits au minimum et la dépense énergétique proche de la dépense énergétique de repos »²⁴². Cependant, l'inactivité physique ne représente pas seulement une absence d'activité, mais correspond à des occupations telles que regarder la télévision ou des vidéos, travailler sur ordinateur, ainsi qu'aux activités intellectuelles. L'inactivité physique est définie comme un niveau insuffisant d'AP, d'intensité modérée à élevée. Il s'agit d'un niveau inférieur à un seuil d'AP recommandé. Les seuils retenus pour définir l'inactivité définis par l'OMS sont de 30 minutes d'AP d'intensité modérée au minimum 5 fois par semaine pour les adultes et 60 minutes par jour pour les enfants et adolescents.

LA SÉDENTARITÉ

La **sédentarité** n'est pas seulement l'absence d'activité physique : elle correspond aussi à l'engagement dans des activités qui impliquent peu de mouvement et une faible dépense énergétique. L'activité physique n'est pas le miroir de la sédentarité et les relations sont complexes et encore mal connues. C'est une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique faible en position assise ou allongée.

²⁴² Dietz, WH, « The role of lifestyle in health: the epidemiology and consequences of inactivity », *Proc Nutr Soc* 1996, 55 : 829-840.

LES NOUVELLES RECOMMANDATIONS NUTRITIONNELLES

Les nouvelles recommandations nutritionnelles, publiés en janvier 2019 par Santé Publique France, sont le résultat de travaux menés pour formuler des messages plus synthétiques et plus accessibles pour le grand public, sur la base de connaissances mises à jour au plan scientifique. Elles portent à la fois sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité et sont résumées en trois catégories :

Augmenter

Les fruits et légumes (au moins 5 fruits et légumes par jour, par exemple 3 portions de légumes et 2 fruits)

Les légumes secs : lentilles, haricots, pois chiches...

L'activité physique (au moins 30 minutes d'activités physiques dynamiques par jour)

Aller vers

Les féculents complets

Le poisson (deux fois par semaine, dont un poisson gras)

L'huile de colza, de noix et d'olive

Les produits laitiers : lait, yaourts, fromage, fromage blanc

Réduire

L'alcool (maximum 2 verres par jour et pas tous les jours, pas plus de 10 verres standard par semaine)

Les boissons sucrées (pas plus d'un verre par jour), les aliments gras, sucrés, salés et ultra-transformés

Les produits salés

La charcuterie

La viande

Le temps passé assis (marcher un peu toutes les 2 h, limiter les temps d'écran).

Ces recommandations ne portent pas seulement sur les consommations alimentaires, elles intègrent la consommation d'alcool, l'activité physique et la réduction de la sédentarité. L'ensemble de ces recommandations pour les adultes doit faire l'objet d'un dispositif de communication et de marketing social au cours de l'année 2019.

Annexe n° 3 : les PNNS et les autres plans nationaux

Depuis 2011, trois PNNS se sont succédés. Durant cette période, d'autres plans émanant du ministère de la santé et d'autres ministères ont également comporté des mesures dans le champ de la nutrition.

Le PNNS 1

Le PNNS 1 avait 9 objectifs prioritaires :

1. augmenter la consommation de fruits et légumes afin de réduire le nombre de petits consommateurs de fruits et légumes d'au moins 25 % ;
2. augmenter la consommation de calcium afin de réduire de 25 % la population des sujets ayant des apports calciques en dessous des apports nutritionnels conseillés², tout en réduisant de 25 % de la prévalence des déficiences en vitamine D ;
3. réduire la contribution moyenne des apports lipidiques totaux à moins de 35 % des apports énergétiques journaliers, avec une réduction d'un quart de la consommation des acides gras saturés au niveau de la moyenne de la population (moins de 35 % des apports totaux de graisses) ;
4. augmenter la consommation de glucides afin qu'ils contribuent à plus de 50 % des apports énergétiques journaliers, en favorisant la consommation des aliments sources d'amidon, en réduisant de 25 % la consommation actuelle de sucres simples, et en augmentant de 50 % la consommation de fibres ;
5. réduire l'apport d'alcool chez ceux qui consomment des boissons alcoolisées. Cet apport ne devrait pas dépasser l'équivalent de 20 g d'alcool pur par jour (soit deux verres de vin de 10 cl ou deux bières de 25 cl ou 6 cl d'alcool fort) ;
6. réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne dans la population des adultes ;
7. réduire de 10 mm de mercure la pression artérielle systolique chez les adultes ;
8. réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité ($IMC > 25 \text{ kg/m}^2$) chez les adultes et interrompre l'augmentation, particulièrement élevée au cours des dernières années, de la prévalence de l'obésité chez les enfants ;
9. augmenter l'activité physique quotidienne par une amélioration de 25 % du pourcentage des sujets faisant l'équivalent d'au moins 1/2h de marche rapide par jour.

Le PNNS 2 (2006-2010)

Le PNNS 2 reprenait les objectifs du PNNS 1 en y ajoutant des objectifs relatifs aux apports vitaminiques, à l'allaitement maternel, aux allergies alimentaires, et à la nutrition chez les personnes âgées.

Il instaurait d'autre part de nouvelles modalités de gouvernance nationale (associant au comité de pilotage un Comité interministériel de la politique nutritionnelle) et régionale (comité régional de pilotage du Programme national nutrition santé).

Le PNNS 3

Le PNNS 3 avait pour principaux objectifs ceux retenus par le Haut Conseil de la santé publique sur la base de l'évaluation du précédent PNNS réalisée en 2009-2010. Il se différenciait des deux premiers PNNS en prenant mieux en compte les inégalités de santé et comportait quatre axes et un volet transversal (45 mesures et 129 actions) :

- axe 1 : réduire par des actions spécifiques les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention ;
- axe 2 : développer l'activité physique et sportive (APS) et limiter la sédentarité ;
- axe 3 : organiser le dépistage et la prise en charge du patient en nutrition. Diminuer la prévalence de la dénutrition ;
- axe 4 : valoriser le PNNS comme référence pour les actions en nutrition ainsi que l'implication des parties prenantes.

Le volet transversal « Formation, surveillance, évaluation et recherche » devait pour sa part :

- contribuer à l'orientation de la formation en nutrition et santé publique ;
- maintenir les outils nationaux de surveillance nutritionnelle et créer les outils nouveaux indispensables par la mise en œuvre d'études en population ;
- clarifier les enjeux, les intérêts, les besoins, les méthodes d'évaluation.

Les autres plans portés par le ministère de la santé

Le plan obésité est venu s'ajouter au PNNS en 2010. Prévu pour trois ans, 2010-2013, il n'a pas été renouvelé, au motif que son objectif principal était de donner une impulsion à la prise en charge de l'obésité. Sa non reconduction, au profit d'une intégration des actions dans le PNNS, a été regrettée par les professionnels du domaine, qui y ont vu un affaiblissement de la visibilité et des moyens que le plan avait apportés pour la prise en charge de l'obésité.

Il comportait 4 volets, portant sur l'organisation des soins, la prévention et la recherche :

1. Améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage chez l'enfant et l'adulte, sous l'égide des agences régionales de santé (ARS), sur la base d'une gradation des soins, incluant les dimensions préventives et sociales.
2. Mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique : une attention spécifique devait être portée à l'amélioration de l'alimentation en milieu scolaire, la restauration collective, la restauration solidaire, et à l'activité physique pour la santé, en étroite relation avec le Programme national nutrition santé et le Programme national pour l'alimentation.
3. Prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre la discrimination
4. Investir dans la recherche, en créant une fondation de coopération scientifique. L'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN) devait se charger de développer ce projet avec les partenaires publics et privés.

Le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (PPLPIS), adopté le 21 janvier 2013 par le comité interministériel de lutte contre l'exclusion à la suite du rapport 2012 de l'UNICEF, a comporté plusieurs leviers en lien avec l'éducation alimentaire dans un cadre scolaire : accès à la restauration scolaire, aide alimentaire, démarches d'insertion sociale. La ministre de la santé a présenté le 13 mars 2018 le futur plan pauvreté 2018. Il s'est concentré sur les jeunes à qui il s'agissait de donner dès le plus jeune âge toutes les chances de s'en sortir par l'éducation et l'accès aux droits essentiels comme la santé ou une alimentation saine.

Des petits déjeuners dans les territoires fragiles, des tarifs de cantines plus accessibles et des programmes d'accès à l'alimentation infantile ont été le menu préconisé pour lutter contre les inégalités sociales et promouvoir l'importance d'une bonne alimentation pour mieux apprendre. Un « accès à la cantine plus universel » avec « des repas à un euro » dans les petites communes et les quartiers prioritaires et « des petits déjeuners dans les écoles prioritaires » pour que tous les enfants commencent la journée dans les mêmes conditions de réussite. Parmi les 5 engagements de la Stratégie contre la pauvreté, l'engagement 2 a entendu « Garantir aux enfants les droits fondamentaux des enfants », particulièrement en apportant une alimentation équilibrée pour tous les enfants dans les zones fragiles :

- inciter les communes les plus fragiles à appliquer une tarification sociale de la restauration scolaire avec un plafond du barème le plus bas à 1 euro le repas ;
- encourager les dispositifs de petits déjeuners pour tous, associant les parents et promouvant l'éducation alimentaire et les circuits courts.

Plus récemment, dans le cadre du **plan pauvreté**, l'État va financer à hauteur de 6 M€ en 2019 et 12 M€ en année pleine, soit dès 2020, les petits déjeuners gratuits à l'école. Ce dispositif déjà déployé dans huit académies tests (Amiens, La Réunion, Lille, Montpellier, Nantes, Reims, Toulouse, Versailles) doit être généralisé au mois de septembre à l'ensemble du territoire français. Il concernera à terme 100 000 enfants dans les territoires prioritaires, selon le ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse et la secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé. Les écoles doivent être volontaires et appartenir à une zone REP (réseau d'éducation prioritaire), REP+ ou quartiers politique de la ville ou encore certaines zones rurales où le besoin social est identifié.

Annexe n° 4 : les coûts de l'obésité

En 2016, la direction générale du Trésor a publié une estimation du coût social de l'obésité en France pour l'année 2012²⁴³. Ce coût était de 20,4 Md€.

Cette étude était basée sur les données et les hypothèses suivantes :

- des taux de prévalence de l'obésité issus de l'étude « état de santé des français et facteurs de risque » (ESPS) 2012²⁴⁴ ;
- des coûts directs pour la collectivité, principalement liés aux surcoûts pour l'assurance maladie des soins liés aux patients en surpoids et obèses (par rapport à la population de poids normal) : ces surcoûts correspondent essentiellement aux dépenses supplémentaires pour l'assurance maladie, en soins de ville et en soins hospitaliers. La méthode de calcul de ces coûts s'inspire d'une étude de l'IRDES de 2007 (sur des données 2002), qui évaluait les surcoûts en soins des patients obèses ou en surpoids porteurs d'une comorbidité aux patients de poids normal, en appariant les données recueillies par questionnaire (notamment la taille et le poids qui permettent le calcul de l'IMC) avec les dépenses de soins de l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) de la CNAM ;
- des coûts indirects, dits « externes », induits par l'obésité mais qui ne se retrouvent pas directement dans les comptes publics, principalement des pertes de production estimées (absentéisme, moindre insertion sur le marché du travail) ;
- des économies pour les finances publiques sur les pensions, du fait de la moindre espérance de vie des personnes obèses ;
- des recettes provenant des taxes sur les produits sucrés, venant en déduction des coûts.

Dans cette étude, différents modèles ont été utilisés, notamment pour estimer les pertes de production liées à l'obésité, en s'appuyant sur des travaux de France Stratégie²⁴⁵. Les surcoûts liés aux soins des personnes obèses et en surpoids ont été estimés en séparant la part couverte par l'assurance maladie obligatoire de la part non remboursable (éventuellement éligible à un remboursement par une complémentaire). Le calcul du surcoût en soins de ville tient compte de l'impact de certains facteurs confondants; en effet, les personnes obèses sont plus âgées, de niveau socio-professionnel différent, etc.

Comme on le voit dans le tableau n°8, l'essentiel des coûts directs est lié aux dépenses de soins (ville et hôpital). Les coûts liés aux pensions d'invalidité suivent, le coût des indemnités journalières étant plus marginal.

Parmi les coûts externes, les plus importants sont liés à la perte de productivité du fait de l'absentéisme et de l'exclusion du marché du travail des femmes obèses²⁴⁶.

²⁴³ DG Trésor (2016), « Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? », *Lettre Trésor-éco* n° 179.

²⁴⁴ Cette enquête était menée tous les deux ans jusqu'en 2014, et appariée avec l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) de la CNAM. « État de santé des Français et facteurs de risque », IRDES, *Questions d'économie de la santé* n° 223.

²⁴⁵ France Stratégie (2013), *L'évaluation socioéconomique des investissements publics*.

²⁴⁶ Selon l'étude *Enquête Santé et Itinéraire Professionnel* de la DREES et de la DARES (2006 et 2010), le taux d'emploi des femmes obèses est inférieur de 10 %.

Une actualisation de l'étude du Trésor de 2016, basée sur des données plus récentes (données de l'ESPS 2014 contre celles de 2012 pour l'étude de la DG Trésor), mais prenant en compte exactement les mêmes variables, conduit à des résultats proches de ceux de 2012, avec un coût social de 21,9 Md€.

Tableau n° 8 : coût social de l'obésité et du surpoids (en Md€ en 2014)

<i>Nature du coût</i>	Montant lié à l'obésité	Montant lié au surpoids	Montant total
<i>Surcoût pour l'assurance maladie (soins de ville)</i>	3,1	2,9	6,1
<i>Surcoût pour l'assurance maladie (hôpital)</i>	3,9	3,5	7,4
<i>Indemnités journalières (hors maternité)</i>	0,5	0,4	0,9
<i>Pensions d'invalidité</i>	1,3	2,2	3,5
<i>Taxes nutritionnelles</i>	-0,2	-0,2	-0,4
<i>Retraites économisées</i>	-4,2	-3,3	-7,5
<i>Dépenses de prévention</i>	0,1	0,1	0,1
<i>Solde des finances publiques (G)</i>	4,6	5,5	10,1
<i>Pertes de production dues à l'absentéisme des personnes obèses</i>	1,4	1,0	2,3
<i>Perte de production due à l'exclusion des femmes obèses du marché du travail</i>	5,3	0,0	5,3
<i>Dépense de soins non remboursée (soins de ville)</i>	0,8	0,8	1,6
<i>Dépense de soins non remboursée (hôpital)</i>	0,3	0,3	0,6
<i>Coûts externes (CE)</i>	7,8	2,0	9,8
<i>Coût social = (1+a) × G + CE</i>	13,3	8,6	21,9
<i>Surcoût total en soins de ville</i>	4,0	3,7	7,7
<i>Surcoût total en soins hospitaliers</i>	4,2	3,8	8,0

Source : Calculs Cour des comptes d'après méthodologie DG Trésor.

Ces estimations (pour les années 2012 et 2014) sont les seules qui ont été faites en France à ce jour : elles ont l'intérêt de fournir un ordre de grandeur du coût social de l'obésité. Par comparaison, avec une méthodologie différente, prenant cependant également en compte les coûts directs et les coûts externes, le coût social du tabac et de l'alcool ont été évalués respectivement à 27,6 Md€ et 16,8 Md€²⁴⁷. Cette estimation du coût de l'obésité doit cependant être prise avec beaucoup de précautions, pour plusieurs raisons tenant aux difficultés méthodologiques majeures de ce type d'étude.

²⁴⁷ Pierre KOPP, *Le coût social des drogues en France*, OFDT, 2015. La méthodologie utilisée par Pierre KOPP diffère notamment en ce qu'elle repose notamment sur la prise en compte des années de vie en bonne santé perdues et que les calculs prennent en compte les fractions attribuables aux facteurs d'exposition dans les différentes pathologies pour lesquelles un lien a été établi.

L'estimation des dépenses de soins fait l'objet de nombreuses approximations et sont probablement sous évaluées

La difficulté principale est liée à l'estimation du surcoût de dépenses de patients obèses pour les soins hospitaliers. En effet, celle-ci se fonde sur une clé de répartition entre dépenses hospitalières et dépenses de ville au sein de la consommation de soins moyenne d'un individu obèse ou en surpoids par rapport à un individu de poids normal déterminée par l'IRDES en 2007²⁴⁸, sur des données de 2002. Il est supposé que cette répartition est demeurée constante, aussi bien en 2012 qu'en 2014.

Or, plusieurs facteurs sont susceptibles de générer des coûts plus importants : tout d'abord, des changements majeurs dans les modalités de tarification de l'activité hospitalière sont intervenus depuis 2002 avec l'introduction de la tarification à l'activité. L'évolution considérable des modes de traitement depuis la fin des années 2000, avec la montée en charge de la chirurgie bariatrique en particulier, a généré des dépenses importantes. Faute de pouvoir s'appuyer sur des données issues du PMSI, l'estimation des coûts à partir de la clé de répartition des dépenses de 2002 conduit donc très vraisemblablement à une sous-évaluation importante des dépenses hospitalières. Leur estimation dans le PMSI est par ailleurs elle-même incomplète, notamment pour les séjours de médecine²⁴⁹.

D'autres éléments, bien que moindres, sont également susceptibles d'introduire des imprécisions.

La prévalence utilisée est celle de l'ESPS, soit une prévalence déclarée, généralement sous-estimée. Une estimation basée sur la prévalence mesurée (Esteban) aboutit certes à des résultats comparables, mais ne permet plus de comparer les chiffrages de l'étude du Trésor pour l'année 2012 avec ceux de l'actualisation pour l'année 2014.

Les dépenses de prévention ont été estimées à partir des dépenses du Plan Obésité (PO), du Programme National Nutrition Santé (PNNS) et des dépenses de la section alimentation de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). Bien qu'elles soient minimales, ce mode de calcul omet des dépenses liées aux autres plans concourant à la prévention de l'obésité, les dépenses liées aux crédits déconcentrés au titre de la prévention (fonds d'intervention régional), celles engagées par les collectivités locales, les associations, les mutuelles, etc. À l'inverse, une partie des dépenses du plan obésité correspondent à des dépenses de soins et non de prévention.

Le résultat du calcul sur les pensions d'invalidité se fonde sur le surcoût relatif des pensions d'invalidité des personnes obèses et non sur celui directement dû à leur obésité (une partie de ces pensions peuvent être liées à d'autres pathologies touchant les personnes obèses). Par ailleurs, il est supposé que toutes les pensions d'invalidité sont de même montant. Or, les personnes obèses étant moins rémunérées que les autres en moyenne, cette hypothèse induit une légère surestimation du surcoût.

L'estimation des coûts évités grâce aux retraites économisées du fait des décès prématurés des personnes en excès de poids est particulièrement complexe du fait de la multiplicité des effets ayant un impact sur le chiffrage et de l'absence de données répondant

²⁴⁸ IRDES (2007), cf. *supra*.

²⁴⁹ Cf. annexe n° 7.

aux besoins de l'exercice. Le chiffre obtenu se fondant sur les décès des personnes obèses et non sur les décès liés à l'obésité, il s'agit très probablement d'une majoration du montant réel.

Les pertes de production liées à l'obésité sont estimées en supposant l'exclusion d'une partie de la population obèse du marché du travail (dont l'existence semble corroborée pour les femmes par les données de l'enquête Santé et itinéraire professionnel²⁵⁰) et l'absentéisme plus important des personnes obèses. Sur cette base, l'estimation repose sur l'hypothèse d'un trouvent un emploi payé au SMIC, nécessairement réductrice.

²⁵⁰ DREES et DARES (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques), 2006 et 2010, « *Enquête Santé et Itinéraire Professionnel* ». E. Coudin et A. Souletie (2015), « *Obésité et discrimination sur le marché du travail* »

Annexe n° 5 : synthèses régionales

Les rapporteurs de la Cour ont effectué plusieurs déplacements en région afin de rencontrer des acteurs et faire des visites de terrain : trois régions ont été choisies, l'Île-de-France, les Hauts-de-France, et La Réunion. L'Île-de-France en raison de son bassin de population important et des fortes inégalités infrarégionales, les Hauts-de-France pour l'importance de ses inégalités sociales également, ainsi que pour le taux de prévalence de l'obésité, et La Réunion pour mieux prendre en compte les spécificités ultramarines. Par ailleurs, ces trois régions sont celles qui expérimentent « mission retrouve ton cap » (MRTC).

Dans chaque région, les rapporteurs ont rencontré les agences régionales de santé, les autres directions des services déconcentrés, et des professionnels de terrain.

Île-de-France

Épidémiologie du surpoids et de l'obésité

La dernière enquête recensant l'obésité globale par région en France est celle d'Obépi en 2012, reposant sur des données déclaratives. La prévalence de l'obésité en Île-de-France était alors de 14,4 % (soit 1 676 971 personnes), contre 15 % au niveau national.²⁵¹ Près de 1 071 970 personnes sont en obésité modérée, 500 000 personnes en obésité sévère, et 100 000 en obésité morbide. La région Île-de-France se démarquait par un accroissement rapide de la prévalence de l'obésité : selon l'ARS d'Île-de-France, celui-ci était de 105,7 % sur la période 1997-2014, pour une hausse française moyenne de 76,5 %.

Chez les enfants, la prévalence de l'obésité suit les mêmes lignes de fragmentation territoriales que la précarité, ainsi que le montrent des études de la DREES et SPF, ou celles de l'Office français des drogues et toxicomanies (OFDT).

Ainsi, selon l'enquête nationale de santé DREES de 2015 sur les élèves de CM2, la prévalence de l'obésité est double dans l'Académie de Créteil (77, 93, 94) par rapport à celle de Versailles (78, 91, 92), Paris présentant un taux intermédiaire.

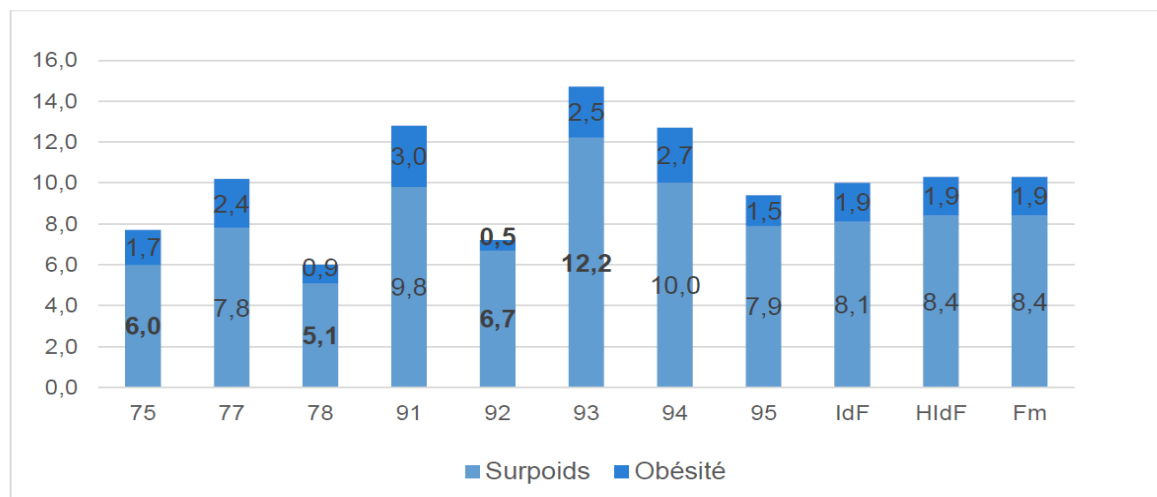
Chez les jeunes de 17 ans, en 2017, la prévalence de l'excès de poids (surpoids et obésité) est de près de 10 % en 2014, comparable au niveau national. Elle est plus élevée dans le 93, 91, 94 et dans une moindre mesure dans le 77²⁵². La prévalence de l'obésité est d'environ 3 % soit 90 000 jeunes touchés chez les 0-19 ans, et plus élevée dans les départements 93, 91 et 94²⁵³.

²⁵¹ ObEpi-Roche 2012 : enquête nationale sur l'obésité et le surpoids.

²⁵² Enquête Escapad de 2014 portant sur les jeunes lors de la Journée de défense et de citoyenneté.

²⁵³ Bilan obésité Île-de-France 2012-2017, ARS IDF.

Graphique n° 4 : prévalences du surpoids et de l'obésité chez les jeunes de 17 ans en 2014 (en %)



Source : enquête Escapad 2014, OFDT – exploitation ORS Île-de-France.

X², test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non-significatif, S* p<0.05, S** p<0.01, S*** p<0.001

Malgré ces études, l'ARS d'Île-de-France note dans sa réponse à la Cour que la région « manque de données récentes de prévalences régionales, départementales voire infra départementales de l'obésité (...). À l'échelle régionale, cela limite considérablement la possibilité d'établir des diagnostics territoriaux ».

Prévention et prise en charge (1^{er}, 2^e et 3^e recours)

Le Plan régional santé 2013-2018 (PRS 1) reposait sur trois objectifs généraux : assurer à chaque francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé ; garantir la qualité et l'efficacité du système de santé dans la région ; et conduire cette politique avec tous les acteurs au plus près des territoires.

En matière de prévention, le schéma régional de prévention citait l'obésité dans les priorités thématiques, sans pour autant détailler les mesures qui seraient mises en œuvre. Dans le bilan qui en a été fait, on relève que 113 actions de prévention ont été financées en 2015 sur la thématique nutrition, comprenant la thématique de lutte contre l'obésité, pour un montant total de 1 543 000 €. Elles étaient situées principalement sur les départements 77 et 91, dans la logique de lutter contre les inégalités territoriales. Les types d'interventions se sont répartis en 68 % de prévention collective, 18 % d'actions globales de prévention, 9 % d'actions d'accompagnement-orientation, à destination des adultes pour 29 % des actions, des enfants pour 28 % des actions, et plus particulièrement des familles en situation de précarité et de vulnérabilité sociale pour 33 % et les personnes en situation d'obésité, de diabète pour 18 %.

Une partie des actions déployées passe par les contrats locaux de santé. Une logique de priorisation adossée à l'indice de développement humain 2 (IDH2)²⁵⁴ des communes a été mise en place, les contrats ayant d'abord été réservés aux communes à faible IDH2, en coordination avec la politique de la ville. Sur les 63 CLS en cours fin 2018, 43 comportent un volet nutrition. Des populations très précaires sont prioritairement visées, notamment les enfants en situation de pauvreté : l'ARS a soutenu, pour mieux connaître cette population, une étude sur les familles et enfants hébergés en hôtels, menée par l'Observatoire du Samu Social (environ 40 000 nuitées payées par l'État chaque nuit).

Sur le plan des prises en charge, l'ARS a tenté de structurer une filière obésité avec trois niveaux de recours.

En premier et deuxième recours, des actions locales et régionales de nutrition sont en place depuis plusieurs années, portées notamment par les réseaux de santé régionaux obésité, réseau de prévention, dépistage et prise en charge de l'obésité en pédiatrie (REPOP) pour les enfants et réseau obésité multidisciplinaire des départements franciliens (ROMDES) pour les adultes.

L'ARS a soutenu les prises en charge offertes par ces réseaux : le réseau pédiatrique cible les enfants jusqu'à 18 ans résidant en Île-de-France, et se situant au-dessus du 97^e centile des courbes de corpulence française. Sur la période 2013-2017, la file active comptait 2 150 enfants en moyenne, et chaque année 790 patients en moyenne avaient été informés et orientés, 654 nouveaux patients, et comme partenaires 438 professionnels et 33 structures, pour un financement annuel moyen de l'ARS de 625 000 € (650 000 € en 2018).

Le réseau obésité multidisciplinaire des départements franciliens cible les patients adultes dont l'IMC est supérieur à 35, avec des facteurs de risque et au moins une comorbidité, résidant en Île-de-France, et en situation complexe. Sur la période 2013-2017, la file active du réseau comptait en moyenne et par an 464 patients, avec 387 patients informés et orientés, 190 nouveaux patients, et comme partenaires 540 professionnels et 29 structures, pour un financement annuel moyen de l'ARS de 382 200 € (380 000 € en 2018). En plus de ces deux principaux réseaux, la région Île-de-France compte 12 autres réseaux en lien avec la thématique de l'obésité, dont 9 réseaux de périnatalité prenant en charge les patientes enceintes présentant une obésité sévère/morbide.

Sur la période 2012-2018, une moyenne 26 programmes d'éducation thérapeutique dans le domaine de l'obésité par an ont été financés à partir du fonds d'intervention régional, pour des montants agrégés de 1 736 000 € en moyenne par an. Ainsi que prévu par le PRS 1 et surtout par le PRS 2, les populations très précaires et les enfants sont particulièrement ciblés par ces actions de prévention.

Plus récemment, l'expérimentation « mission retrouve ton cap » (MRTC), financée par l'assurance maladie et promouvant la prévention de l'obésité chez les enfants de 3 à 8 ans, a été déployée en Seine-Saint-Denis. En novembre 2018, on y comptait 207 enfants inclus (inscrits/préinscrits).

²⁵⁴ L'IDH 2 reprend les trois dimensions de l'IDH (santé, éducation, niveau de vie) mais avec des indicateurs mieux adaptés à la situation française.

Le troisième recours est organisé autour des centres spécialisés de l'obésité franciliens, au nombre de 4, dont 3 portés par l'APHP, tous créés en 2012.

Un comité régional obésité a été mis en place depuis 2012 associant les membres des centres spécialisés de l'obésité, les usagers, les réseaux, les SSR adultes, et depuis 2016 les représentants des fédérations hospitalières (FEHAP, FHF, FHP), l'AP-HP et l'ARS. Une réunion annuelle est également organisée plus spécifiquement dédiée à la pédiatrie.

Cette coordination contribue à organiser la filière de soins et à rendre plus lisible la prise en charge de l'obésité dans la région. Plusieurs groupes de travail thématiques sont ou ont été mis en œuvre (urgence, obésité complexe, périnatalité, annuaire/ charte, structure d'exercice collectif, transports, SSR).

L'activité de chirurgie bariatrique (CB) est stable, autour de 12 000 interventions par an, avec une légère tendance à la baisse depuis 2016. En 2018, 50 établissements réalisent plus de 50 séjours ce qui correspond à 91 % de l'activité pour CB. L'activité de CB réalisée dans les centres spécialisés de l'obésité représente 30 % du total, et 18 % de l'activité est réalisée à l'AP-HP.

L'ARS estime dans sa réponse à la Cour que dans certains établissements « des difficultés importantes mettant en jeu la sécurité de la prise en charge à long terme des patients existent notamment la lisibilité des médecins nutritionnistes (non référencés dans AMELI et à l'ordre des médecins, le non remboursement des diététiciens, renforçant les inégalités sociales, pour une maladie déjà porteuse d'un gradient de défaveur social) et d'autre part, la nécessité de renforcer la formation des médecins généralistes sur le suivi post chirurgie bariatrique ». L'ARS Ile-de-France a adressé un courrier en juillet 2016 rappelant à l'ensemble des directions des établissements pratiquant la CB la nécessité de s'assurer de la prise en charge pluridisciplinaire en amont de la chirurgie bariatrique et du suivi annuel et à vie des patients ; ainsi que les invitant à passer une convention avec le centre spécialisé de l'obésité de leur territoire (axe souvent repris dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement) ; et à compléter les indicateurs IPAQSS. Un programme expérimental mené en 2018 a conduit à la mise en place d'un programme régional trisannuel d'inspection des établissements pratiquant la CB.

Sur le plan des financements, l'ARS d'Île-de-France finance, à l'aide du fonds d'intervention régional), l'ensemble de ces centres spécialisés de l'obésité à hauteur de 280 000 € sur la période 2012-2018, et alloue 110 494 € aux transports bariatriques. Plus généralement, la thématique obésité (hors prévention) est financée à 1 144 956 € par an en moyenne sur la même période.

Pour la période du projet régional de santé (PRS) 2018-2022 qui vient de débiter, la priorité affichée est de cibler les inégalités territoriales d'accès à la santé, et des priorités thématiques telles que les enfants et jeunes adultes. À l'image du PRS 1, le PRS 2 ne cible pas non plus spécifiquement l'obésité, mais associe des actions de prévention de l'ensemble des maladies chroniques (au diabète, à l'hypertension, aux maladies cardio-vasculaires et à d'autres maladies), ainsi que l'amélioration des parcours de prise en charge.

Hauts-de-France (HDF)

Épidémiologie du surpoids et de l'obésité

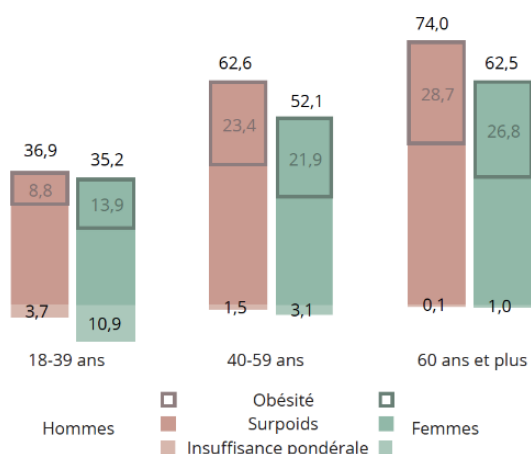
D'après une étude de l'observatoire régional de santé des Hauts-de-France réalisée en 2018, un peu plus de la moitié (52,4 %) des habitants de 18 ans et plus se trouve en situation de surpoids et une personne sur cinq (19,9 %) présente une obésité. La part d'adultes en surpoids est plus élevée chez les hommes (55,5 % contre 49,4 % pour les femmes). Les plus jeunes (18-24 ans) font exception avec une part proche pour les deux genres. Que ce soit pour le surpoids ou l'obésité, les proportions tendent à augmenter avec l'avancée en âge.

Un cinquième des jeunes de 18-24 ans est en surpoids (de l'ordre de 5 % pour l'obésité) et un peu moins de la moitié pour les 25-39 ans (44 % et 14 % pour l'obésité). Cette part dépasse les 50 % chez les 40-59 ans pour concerner les deux tiers des personnes de 60 ans et plus (67,6 % et 27,6 % pour l'obésité).

Chez les enfants, l'enquête menée auprès des élèves de cours préparatoire en 2015 dans l'académie de Lille souligne des différences marquées entre les bassins d'éducation et de formation (Bef). Si le pourcentage d'élèves de cours préparatoire (CP) ayant une corpulence normale est de l'ordre de 82 % quel que soit le genre, il existe des différences suivant le Bef, de 5 % en plus ou en moins par rapport à la moyenne. Au cours de l'année scolaire 2012-2013, un constat identique est porté sur les élèves de grande section de maternelle appartenant à l'académie d'Amiens avec 84 % des élèves qui présentent une corpulence normale, sans différence genrée. Il existe cependant des écarts sensibles entre les Bef, variant en effet de - 13 % à + 13 % autour de la valeur moyenne.

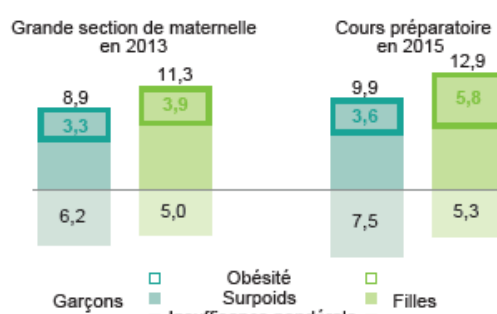
Graphique n° 5 : évolutions de la corpulence selon l'âge, le genre et le niveau scolaire

Corpulence en dehors de la normale, selon l'âge et le genre (%)



Source : Nutrition santé 2017 - ARS Hauts-de-France, OR2S
Exploitation OR2S

CORPULENCE EN DEHORS DE LA NORMALE* SELON LE NIVEAU SCOLAIRE** ET LE GENRE



pour 100 jeunes

* issue de l'IMC calculé à partir des mesures effectuées par les infirmier(ère)s scolaires

** les élèves de grande section de maternelle sont scolarisés dans un établissement public de l'académie d'Amiens et ceux de cours préparatoire dans un établissement public de l'académie de Lille

Sources : *Jesais* - Rectorat de l'académie d'Amiens, OR2S, Rectorat de l'académie de Lille - Exploitation OR2S

Prévention et prise en charge

La thématique de la prise en charge du surpoids et de l'obésité est transversale à l'ARS et mobilise toutes les directions de l'agence. La thématique nutrition-obésité est une priorité de la région qui est portée par un chargé de mission thématique de la direction de la stratégie. Le Projet régional de santé a permis de travailler cette thématique en intégrant chaque direction (prévention, soins de 1^{er} recours, soins hospitaliers, médico-social).

Un plan d'action a été élaboré et chaque direction reprend le pilotage de ses actions. Des outils du PRS visent aussi à créer les conditions pour fluidifier le parcours, notamment les contrats locaux de santé qui visent à couvrir la majorité des territoires les plus en difficulté, et le numérique, par l'intermédiaire d'un programme « Predice » qui réunit tous les acteurs autour de services numériques pour améliorer la prise en charge des patients.

L'ARS a privilégié les stratégies de prévention reposant sur la prévention des maladies non-transmissibles via la promotion des comportements favorables à la santé, en particulier l'alimentation saine, la lutte contre la sédentarité et la promotion d'une activité physique régulière. Deux expérimentations nationales du type « article 51 » sont présentes dans les Hauts-de-France : « Mission retrouve ton cap » et « OBEPEDIA ».

Les enfants et les jeunes ainsi que les populations les plus fragiles sont les publics prioritaires. Dans le cadre du parcours éducatif en santé des élèves, il a été proposé un parcours nutrition composé de l'éducation à l'alimentation et de la promotion d'activités physiques et sportives des élèves de la maternelle au lycée en passant également par le périscolaire.

L'ARS a mobilisé les têtes de réseaux comme les fédérations des centres sociaux ou les associations régionales des missions locales ou les fédérations des acteurs de la solidarité et les a accompagnés dans la modélisation d'actions de prévention santé. Un soutien a été apporté au développement des compétences des référents santé des structures sociales de proximité et des acteurs locaux. Un financement de 400 000 euros par an a également été apporté aux actions de prévention dans les centres sociaux, les missions locales ou les centres d'hébergement et de réinsertion.

À titre d'exemple, l'ARS cofinance trois projets avec Armentières, ville active PNNS : l'un en direction des écoles, associant également la santé scolaire et le service des sports de la ville, les deux autres ciblant principalement des habitants de quartiers prioritaires et associant plusieurs centres sociaux et associations de quartier. Chacun des projets comporte une dimension alimentation et une dimension activité physique. Ils permettent un repérage de personnes en difficulté sur ces thématiques.

Parmi les contrats locaux de santé, celui de la communauté urbaine d'Arras permet, entre autres, un repérage et une prise en charge individualisée de personnes en grande précarité sociale et présentant des problèmes d'obésité : elle se fait dans un premier temps avec des interventions à domicile par une médiatrice de santé.

Tableau n° 9 : actions de prévention nutrition (dotation FIR en €) hors éducation thérapeutique et hors actions PRAPS et santé des enfants et des jeunes

	2016	2017	2018
ALAP*	595 000	1 062 000	1 066 000
Obésité	16 500	0	56 500

* ALAP : Alimentation activité physique

Des actions d'éducation thérapeutique du patient ont également été réalisées. Au 31 mars 2019, 82 programmes d'éducation thérapeutique dans le domaine de l'obésité avaient été autorisés en Hauts-de-France, soit 20 % des programmes d'éducation thérapeutique. Ces programmes sont portés par des professionnels de santé de 1^{er} recours en structures d'exercice coordonné ou équipes de soins primaires, des associations de prévention ou des établissements de santé MCO ou SSR. Les moyens alloués à l'éducation thérapeutique dans le domaine de l'obésité ont évolué selon l'offre et se montent à plus de 2,5 M€ par an.

L'ARS est en général le principal financeur des activités de prévention de l'obésité. La DRAAF soutient pour sa part des actions dans le champ de l'offre alimentaire et veille à garantir l'accessibilité à une offre alimentaire de qualité en restauration scolaire ainsi qu'un accès des plus démunis à une alimentation de qualité. La DRJSCS soutient quant à elle les initiatives en faveur de la lutte contre la sédentarité et la promotion de l'activité physique régulière adaptée pour les malades chroniques. Elle réalise ces activités dans le cadre d'appels à projets financés par le centre national pour le développement du sport (CNDS).

L'ARS souligne que les difficultés à mener des actions partenariales ne relèvent pas tant des modalités de financement mais des modalités de coopération et de coordination des stratégies d'intervention.

En chirurgie bariatrique, face à un taux de recours régional élevé, la question de la pertinence de l'acte et le suivi des patients opérés sont les principales problématiques signalées par l'ARS. D'autre part, les délais de primo consultation hospitalières hors chirurgie bariatrique sont longs de par la forte demande et le manque de professionnels dédiés (nutritionnistes, psychologues, diététiciens)

Les Hauts-de-France disposent de 5 centres spécialisés obésité (CSO) situés à Amiens, Arras, Boulogne-sur-Mer, Valenciennes et Lille. Le CHU de Lille a quant à lui été désigné comme l'un des 5 centres intégrés obésité (CIO) de France, c'est-à-dire qu'il a la capacité d'effectuer des diagnostics et des traitements très spécialisés et est engagé dans la recherche, la formation, l'enseignement et l'innovation. Il porte également les centres spécialisés de l'obésité pédiatrique.

Depuis juin 2013, sur proposition des centres intégrés obésité, les centres spécialisés de l'obésité se sont associés dans le cadre d'une convention de partenariat sur un projet de coordination régionale dans le but de créer une véritable dynamique régionale permettant de faciliter la mise en œuvre de leurs missions et d'initier des projets communs. Une part des financements a été mise en commun pour ce projet et un médecin coordinateur régional a été recruté (0,3 équivalent temps plein) ainsi qu'un temps de secrétariat.

En ce qui concerne le bilan d'activité des centres spécialisés de l'obésité, celui-ci est d'analyse difficile car certains résultats ne sont pas répertoriés selon les sites et un centre spécialisé de l'obésité n'avait pas transmis ses éléments. Il n'y avait pas de comparaison possible avec les relevés des années antérieures du fait de la modification de certains items des comptes rendus. Toutefois, on pouvait noter que l'activité de consultations était très conséquente en médecine et en chirurgie avec un nombre de plus en plus important de patients obèses avec un IMC > 50. Les séjours privilégiaient la prise en charge en hôpital de jour et à moindre titre en semaine. L'activité chirurgicale était en légère augmentation de 5 % avec une baisse de la pose d'anneaux gastriques. Enfin, en pédiatrie, on observait une progression de 8 % de l'activité de suivi des enfants obèses.

Pour ce qui concerne le financement, pour l'ancienne région du Nord-Pas-de-Calais, durant les années 2013 à 2015, chaque centre spécialisé de l'obésité a bénéficié d'un financement à hauteur de 70 000 €. En 2016, le montant du financement a été réduit de moitié et aucun financement n'a été octroyé en 2017 en raison, selon l'ARS, d'éléments de bilan considérés comme incomplets. Pour le financement du centre spécialisé de l'obésité d'Amiens, ce dernier déclarait manquer d'informations précises sur l'utilisation des crédits. Enfin, les crédits alloués pour les transports bariatriques sont de 25 000 euros par an et par centre spécialisé de l'obésité.

La Réunion²⁵⁵

Épidémiologie du surpoids et de l'obésité

La Réunion présente, d'une manière générale, des taux standardisés de mortalité significativement supérieurs à ceux de la métropole pour les maladies cardiovasculaires, les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, les maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil digestif. La surmortalité régionale est particulièrement élevée pour le diabète sucré, avec un taux 3 fois supérieur à celui de la métropole.

Les taux de surpoids et d'obésité sont importants (4 réunionnais sur 10 sont en surcharge pondérale selon la baromètre santé DOM de 2014, avec une répartition un peu différente par rapport à la métropole : l'obésité touche des tranches d'âge plus jeunes, le taux d'obésité s'avérant supérieur au taux métropolitain avant 45 ans (12 % vs. 8 %), et inférieur après (10 % vs. 15 %). Les hommes sont plus fréquemment en surpoids et les femmes plus fréquemment en obésité ou en situation de maigreur.

Chez les enfants, les taux de surpoids sont plus élevés que les taux nationaux, situation aujourd'hui inquiétante compte tenu du facteur de risque d'obésité que cela comporte pour l'avenir : ainsi, dans les enquêtes scolaires de 2011-2012, 27 % des enfants de CM2, étaient en surcharge pondérale contre 18,1 % pour la France entière ; parmi les jeunes de 15 à 25 ans, 26 % étaient en surcharge pondérale en 2014 (baromètre santé DOM). Ce surpoids important des enfants à La Réunion correspond bien à un effet générationnel, en lien avec une alimentation qui a considérablement évolué au cours des 30 dernières années²⁵⁶.

²⁵⁵ Les données sont issues principalement du tableau de bord La nutrition-santé à La Réunion publié en décembre 2018 par l'Observatoire régional de La Réunion.

²⁵⁶ Pourchez, Laurence, « Comportements alimentaires, petite enfance et grande distribution. Incorporation de nouvelles normes à l'île de La Réunion », *Journal des anthropologues*, vol. 106-107, no. 3, 2006, pp. 145-167.

Le taux régional de l'obésité (3,5 % en 2013) est plus élevé que le taux national chez les élèves de grande section maternelle, et en 6^{ème}, les dernières données de 2012-2013 indiquent que 8 % des élèves présentent une obésité (3,6 % des élèves de CM2 au niveau national en 2015). Ces taux coexistent avec des situations de maigreur plus fréquentes qu'en métropole chez les enfants (10 % des enfants de 5-6 ans) et surtout les personnes âgées (14 % des personnes de 65 ans).

Si la fréquence de l'obésité est relativement comparable entre les deux sexes parmi les enfants et les jeunes (légèrement supérieure cependant parmi les filles), l'écart se creuse ensuite entre les hommes et les femmes. Après 25 ans, les femmes sont près de 2 fois plus concernées par l'obésité que les hommes. Le taux d'obésité s'avère supérieur au taux métropolitain avant 45 ans (12 % vs. 8 %), et inférieur après (10 % vs. 15 %).

Enfin, les taux d'obésité et de diabète parmi les femmes enceintes sont particulièrement élevés et à l'origine de complications : la fréquence des mères en surpoids avant la grossesse est passée de 30 % en 2004 à 42,7 % en 2017, celle de l'obésité de 12,5 % en 2004 à 20,9 %. L'étude OBEGEST mise en place pour étudier, dans le contexte réunionnais, le lien entre diabète gestationnel et surcharge pondérale chez l'enfant de 5-7 ans indique que le risque de surpoids chez les enfants (y compris l'obésité) augmente avec l'exposition au diabète gestationnel²⁵⁷.

Prévention et prise en charge

Les actions de prévention ont fait l'objet d'une coordination avec les autres programmes ou plans d'actions existants en lien avec la nutrition au niveau régional. La collaboration avec les aspects alimentation du plan régional alimentation est essentiellement basée sur les contrats de ville et les contrats locaux de santé, ainsi que sur des actions ciblant les écoles, en partenariat avec l'Éducation nationale (la Fraich'attitude, classes du goût).

Le Plan Régional Sport Santé Bien-être (PRSSBE) a pour objectif général de développer sur le territoire réunionnais une offre de sport santé bien-être diversifiée, accessible et répondant à des critères de sécurité et de qualité. L'ARS en est partenaire pour des actions visant à développer l'activité physique adaptée, par le biais entre autres d'un label « sport santé bien-être ».

Le Plan Régional Santé Environnement 2017-2021 (PRSE 3), 3^{ème} génération, a été élaboré avec les acteurs locaux de la santé environnementale, pour promouvoir un environnement favorable à la santé des Réunionnais.

Parmi les dispositifs visités par les rapporteurs de la Cour, le contrat local de santé de Saint Paul avec une cinquantaine d'actions, porte sur différents thèmes liés à la santé et sur l'accès en soins, en lien avec la politique de la ville. Les acteurs mobilisés sont multiples, aussi bien publics qu'associatifs, avec des co-financements provenant de sources différentes. La nutrition s'inscrit dans un axe « promotion de la santé » ciblant le milieu scolaire et associant également la lutte contre les conduites addictives et la valorisation des parents dans leur rôle éducatif.

²⁵⁷ Le Moullec N., Fianu A., Chazelle E., Gérardin P., Chaurand G., Charles M.-A., et al., « Diabète gestationnel et risque de surpoids chez l'enfant de 5-7 ans à La Réunion (Obegest) : Des différences selon le sexe de l'enfant ? », *Diabetes & Metabolism*, 2012;38 (Suppl 2) : A46.

C'est également à Saint Paul qu'est expérimenté un dispositif sport sur ordonnance. La commune fait partie du réseau national des villes « sport santé sur ordonnance » des villes santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Le dispositif, financé par la commune, l'ARS Océan Indien, la DJSCS, le CNDS, la Fondation de France et le Fond Muta, permet de proposer à des patients de bénéficier d'une activité physique modérée, adaptée et régulière, sur prescription médicale. Gratuit la 1^{ère} année, l'accès est soumis à une cotisation annuelle forfaitaire de 10 € depuis la 2^{ème} année. Près de 800 bénéficiaires ont été accompagnés sur 3 ans.

Des actions visant à encourager la mobilité active dans un quartier ont également été engagées à La Réunion, comme à Saint Denis dans le cadre du projet « Camélias santé » soutenu par la Mutualité.

L'offre de soins est caractérisée par des inégalités dans les différentes parties de l'île, l'ouest étant la zone la plus dotée en professionnels et en structures. L'offre régionale est particulièrement faible par rapport à la situation métropolitaine en ce qui concerne les diététiciens et les psychologues.

En termes de recours de 2^{ème} niveau en pédiatrie, La Réunion dispose d'un réseau très actif de santé depuis 2005 : le REPOP Réunion s'est étendu et est devenu le Réseau pédiatrique 974 en 2014. En complément du surpoids et de l'obésité infantile, le RP 974 s'occupe d'autres maladies chroniques infantiles, comme l'asthme et l'épilepsie, et depuis 2017 des troubles du langage et des apprentissages.

Le réseau propose une aide aux acteurs de terrain dans le repérage, le dépistage, l'orientation et la prise en charge des enfants et de leur famille grâce à des formations, des outils à destination des professionnels. Il est membre du comité de pilotage du centre spécialisé de l'obésité.

Les enfants (et les familles) prises en charge dans le cadre du RP974 bénéficient d'un suivi médical par un médecin généraliste ou un pédiatre, de consultations diététiques et psychologiques, d'ateliers de groupe sur l'activité physique adaptée et sur l'alimentation.

Depuis 2017, le RP 974 participe en tant qu'opérateur à l'action de prévention de l'obésité infantile MRTC (Mission Retrouve Ton Cap) mise en place de façon expérimentale par la Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) et l'ARS.

En matière d'éducation thérapeutique, 7 programmes autorisés concernent les patients obèses en 2018.

Dans le domaine de la prise en charge de 3^{ème} recours, La Réunion dispose d'un centre spécialisé de l'obésité, avec une composante pédiatrique.

La recours aux soins pour les patients en état d'obésité sévère, longtemps moins bon qu'en métropole, a commencé à s'améliorer : La Réunion était notamment en sous-recours pour la chirurgie, mais l'écart se réduit. Le taux de recours standardisé de la chirurgie bariatrique, qui était de moitié inférieur à celui de la métropole en 2014 (4,14 vs. 8,55 / 10 000 hab. / an), a augmenté (6,29 en 2017 vs. 8,60). Au total, avec 500 actes de chirurgie bariatrique en 2017, la chirurgie de l'obésité a augmenté de 74 % en 5 ans. L'activité se concentre sur 4 établissements, deux cliniques privées assurant la majeure partie des interventions. Comme en métropole, la surreprésentation des femmes est nette (83 % en 2017). On relève une surspécialisation sur la technique du *sleeve* à La Réunion, des profils de prise en charge plus sévères au CHU, et des

patients dans l'ensemble plus jeunes qu'en métropole. Les séjours en médecine ont également augmenté au cours des dernières années.

La situation particulière de Mayotte

Il n'a pas été possible dans le cadre de l'enquête de se rendre à Mayotte. Les données disponibles ont cependant été étudiées et les rapporteurs ont pu échanger avec la direction territoriale de Mayotte pendant leur mission.

La situation épidémiologique reste préoccupante. Les données de l'enquête Maydia 2008 montraient des taux très élevés de surpoids et d'obésité parmi les 30-69 ans, avec près de 79,2 % de femmes en surpoids, et 47 % d'obèses²⁵⁸. Une nouvelle enquête est actuellement en cours²⁵⁹ : menée par Santé Publique France, elle s'apparente à un Baromètre santé, réalisé selon une méthodologie spécifique d'entretiens en face à face à domicile. Les thèmes de santé abordés incluent les consommations (alimentaires, tabac, alcool), le dépistage, le recours aux soins, la santé sexuelle, la prévention (infections sexuellement transmissibles, arboviroses, paludisme, diabète, hypertension artérielle). Les premiers résultats (dont l'IMC) sont en faveur d'une aggravation des indicateurs relatifs au surpoids et à l'obésité pour les adultes, notamment les femmes, coexistant avec des situations de malnutrition chez les enfants.

En effet, alors que la population adulte a connu des évolutions vers le surpoids et l'obésité, une petite partie des enfants jeunes présente à Mayotte une situation nutritionnelle caractérisée par la persistance de formes modérées à sévères de sous nutrition aiguë ou chronique : parmi les enfants de moins de 4 ans, 6,4 % présentent un retard de croissance statural (malnutrition chronique) et 7,5 % une maigreur (malnutrition aiguë). Les données de l'enquête réalisée par Médecins du Monde en 2011 montraient des chiffres comparables. Dans une autre enquête menée en 2015 chez les enfants de Grande Section de Pamandzi, 28,4 % des enfants avaient un IMC trop bas. Des cas de béribéri sont encore régulièrement hospitalisés au Centre hospitalier de Mamoudzou. S'agissant du traitement des enfants malnutris, on ne peut que regretter les difficultés, pour les professionnels, à utiliser le *Pumphy Nut*, produit recommandé par l'OMS et largement utilisé dans le monde, en raison de problèmes administratifs (impossibilité pour les pharmaciens de l'hôpital de le dispenser car il ne s'agit pas d'un produit de santé).

²⁵⁸ *La nutrition santé à Mayotte. Tableau de bord*, observatoire régional de la santé Océan indien, mars 2019.

²⁵⁹ Enquête « *Ununo wa maore* ».

Annexe n° 6 : les données hospitalières

L'enquête de la Cour, prévoyait une analyse des données d'activité en médecine et en chirurgie de l'obésité. Celle-ci porte sur les séjours de chirurgie bariatrique²⁶⁰ et sur les séjours de médecine et de soins de suite et de réadaptation.

L'activité de chirurgie bariatrique

La chirurgie bariatrique est indiquée chez les patients adultes présentant un IMC ≥ 40 kg/m² ou bien avec un IMC ≥ 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée avec la chirurgie après échec d'un traitement médical, nutritionnel et diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6 à 12 mois²⁶¹, et sur avis favorable de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Dans ces conditions, elle permet d'améliorer l'espérance et la qualité de vie. La Haute Autorité de santé a publié des recommandations sur le recours à la chirurgie bariatrique en 2009, portant sur les conditions de sélection des patients, le contenu du bilan préopératoire et de l'information donnée au patient, ainsi que les modalités du suivi et de la prise en charge post-opératoires afin d'en prévenir les complications tardives.

Plusieurs techniques opératoires existent, dont l'action repose sur deux mécanismes (la réduction du volume de l'estomac, ou la création d'un « court-circuit » d'un segment du tube digestif). Trois sont utilisées en pratique courante en France : le *bypass* gastrique (actuellement considéré comme la technique de référence), la *sleeve* gastrectomie, et l'anneau de gastroplastie ajustable.

Un taux d'interventions de chirurgie bariatrique élevé en France

En 2013, la France était l'un des pays où le taux brut d'interventions de chirurgie bariatrique (5,65 / 10 000 hab. / an) était le plus élevé, après Israël (14,21), la Belgique (10,72) et la Suède (7,79)²⁶². Le taux français était six fois supérieur à celui de l'Allemagne (0,88) ou du Royaume-Uni (0,87), où la prévalence de l'obésité est pourtant plus importante.

L'interprétation de ces différences dans les taux de recours est toutefois difficile ; en effet, si les indications sont souvent similaires dans les autres pays, ce sont souvent les conditions d'accès à la chirurgie bariatrique qui diffèrent en pratique, certains systèmes de santé ayant volontairement fait le choix de limiter l'accès à la chirurgie pour favoriser la prise en charge médicale pluri-professionnelle. Ainsi, au Royaume-Uni, l'accès à la chirurgie semble plus restreint (5 558 interventions en 2013), avec des critères d'éligibilité plus restrictifs.²⁶³ En Allemagne, le remboursement des interventions est généralement du ressort des assurances privées.

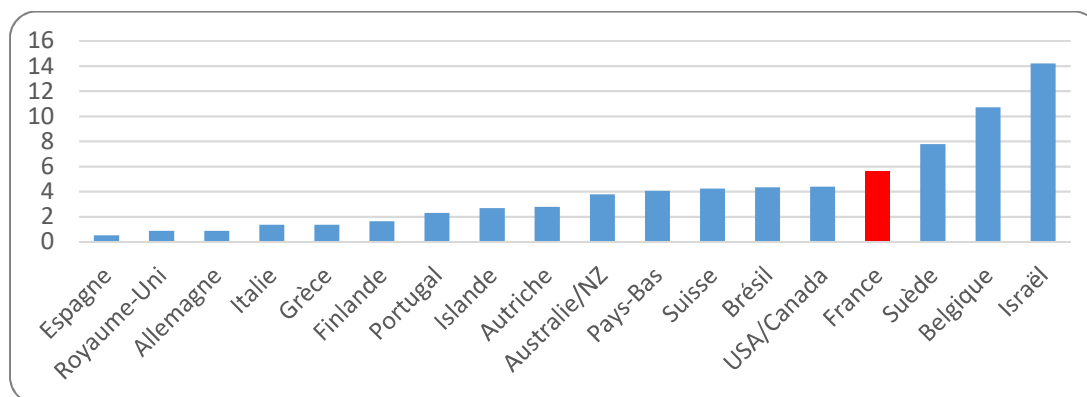
²⁶⁰ Réactualisation des données du rapport IGAS, *Situation de la chirurgie de l'obésité*, rapport n°2017-059R, janvier 2018. L'analyse des rapporteurs présentée dans cette partie rejoint en grande partie les constats de la mission.

²⁶¹ Haute Autorité de Santé, *Obésité : prise en charge chirurgicale de l'adulte*, recommandations de bonne pratique (janvier 2009).

²⁶² *International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Diseases*, 2013.

²⁶³ *British Obesity & Metabolic Surgery Society & Royal College of Surgeons, Patient access to bariatric surgery*, mars 2017.

Graphique n° 6 : taux annuels bruts d'interventions de chirurgie bariatrique pour 10 000 habitants (2013)

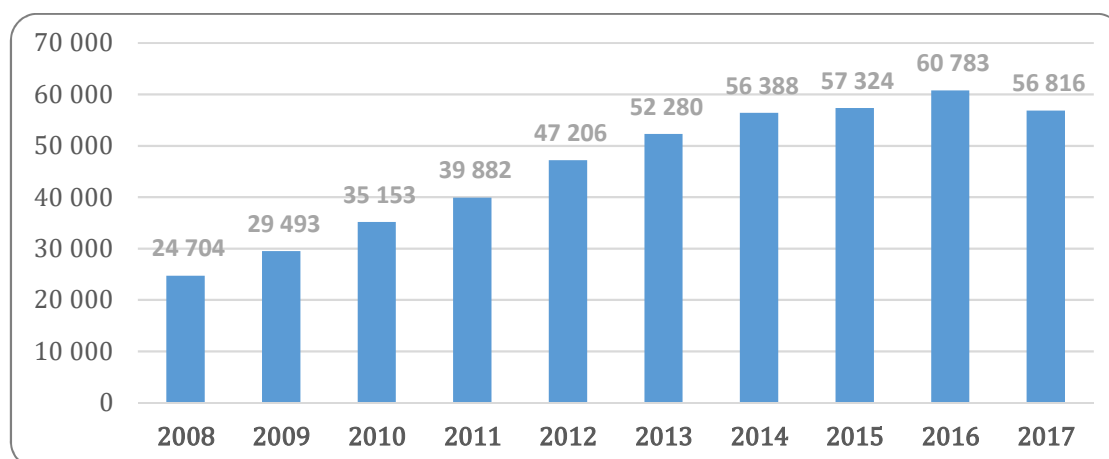


Source : International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Diseases (données 2013)²⁶⁴

Une forte croissance du nombre d'interventions en chirurgie bariatrique : vingt fois plus d'interventions depuis 1997, trois fois plus dans les dix dernières années

Le nombre d'interventions de chirurgie bariatrique a été multiplié par plus de 20, passant de 2 800 en 1997²⁶⁵ à 56 816 en 2017. L'augmentation de l'activité a été continue, sauf entre 2002 et 2003, et entre 2016 et 2017. La croissance a été la plus forte entre 2008 et 2016, la part de la chirurgie bariatrique au sein de l'ensemble des interventions digestives passant, selon la DREES, de 3,1 % en 2006 à 4,3 % en 2016. La baisse des tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) intervenue depuis 2012 n'a pas empêché l'augmentation de l'activité. Cette tendance est à mettre en lien avec l'augmentation du nombre de personnes atteintes par l'obésité et par le renforcement de l'offre et de l'attractivité de la chirurgie bariatrique, ses indications et contre-indications n'étant par ailleurs pas toujours respectées.

Graphique n° 7 : évolution du nombre de séjours de chirurgie bariatrique (2008-2017)



Source : PMSI / ATIH

²⁶⁴ Angrisani, L. *et al.* (2015), « Bariatric Surgery Worldwide 2013 », *Obesity Surgery*, 25, 1822-1832, avril 2015.

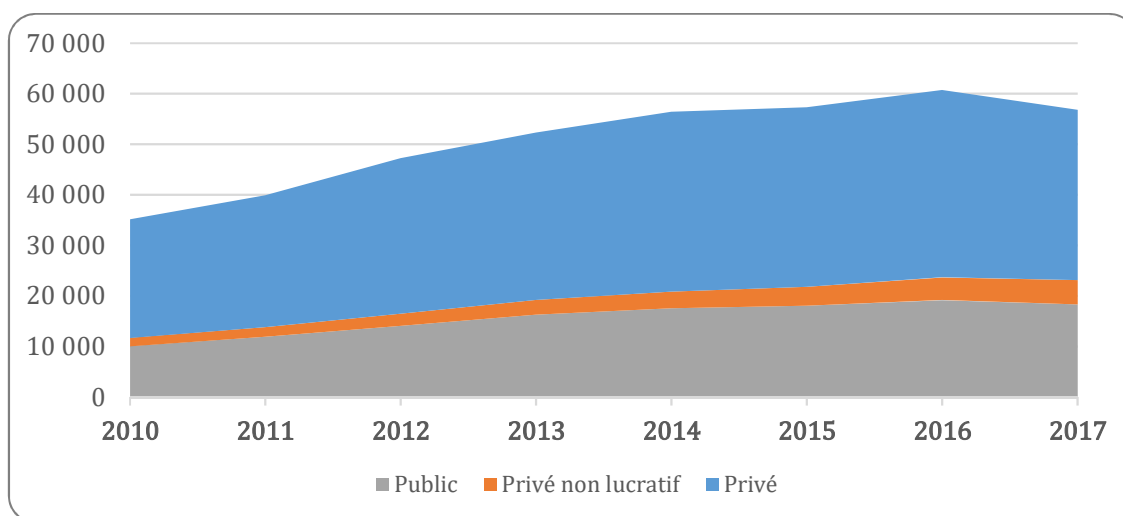
²⁶⁵ DREES (2018), « Chirurgie de l'obésité : 20 fois plus d'interventions depuis 1997 », *Etudes & Résultats*, numéro 1051.

De 2010 à 2017, des évolutions majeures sont observées dans le choix des techniques opératoires : le nombre d'interventions pour la pose d'un anneau gastrique connaît une diminution continue (de 32,1 % du total annuel des interventions de chirurgie bariatrique, à 3,0 % en 2017), de même que le recours au bypass dans une moindre mesure (de 32,4 % en 2010 à 28,4 % en 2017), au profit de la sleeve gastrectomie (de 6,3 % en 2010 à 67,5 % en 2017).

L'activité de chirurgie bariatrique est essentiellement réalisée dans le secteur privé à but lucratif

Malgré une augmentation légère de la part de marché du secteur public sur la période (+ 3,5 %), qui s'établit à 32,2 % en 2017, l'essentiel des séjours de chirurgie bariatrique sont réalisés dans le secteur privé à but lucratif (59,4 % des séjours en 2017, contre 66,7 % en 2010). Si elle reste faible, la part de l'activité réalisée dans le secteur privé à but non lucratif connaît une augmentation significative sur la période (8,5 % des séjours en 2017 contre 4,7 % en 2010).

Graphique n° 8 : séjours de chirurgie bariatrique par type d'établissement (2010-2017)



Source : PMSI / ATIH

La récente diminution du nombre de séjours observée entre 2016 et 2017 est essentiellement portée par le secteur privé à but lucratif, dont l'activité diminue de 9,1 % sur un an (- 3 384 séjours, soit 85 % de la diminution totale).

La valorisation des séjours ne tient pas compte d'une partie de l'activité dans le secteur privé

Au titre de l'année 2017, les tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) comportant un acte de chirurgie bariatrique ont représenté un coût total pour l'Assurance maladie de 211,1 M€ (contre 234,8 M€ en 2016 et 208,9 M€ en 2013). Ces montants ne comprennent toutefois pas les frais annexes liés au séjour (forfaits hospitaliers ; honoraires médicaux et actes de biologie dans le secteur privé à but lucratif – ex- objectif quantifié national).

De nombreux établissements réalisent des actes de chirurgie bariatrique mais seuls ceux où sont réalisées plus de 200 interventions sont responsables de la croissance de l'activité

Si 480 établissements de santé différents ont réalisé au moins un acte de chirurgie bariatrique en 2017 (contre 425 en 2011),²⁶⁶ la croissance de l'activité est majoritairement attribuable aux établissements réalisant plus de 200 actes, qui concentrent 53,8 % de l'activité.

Une prédominance féminine nette parmi les patients opérés ; des patients plus âgés plus nombreux

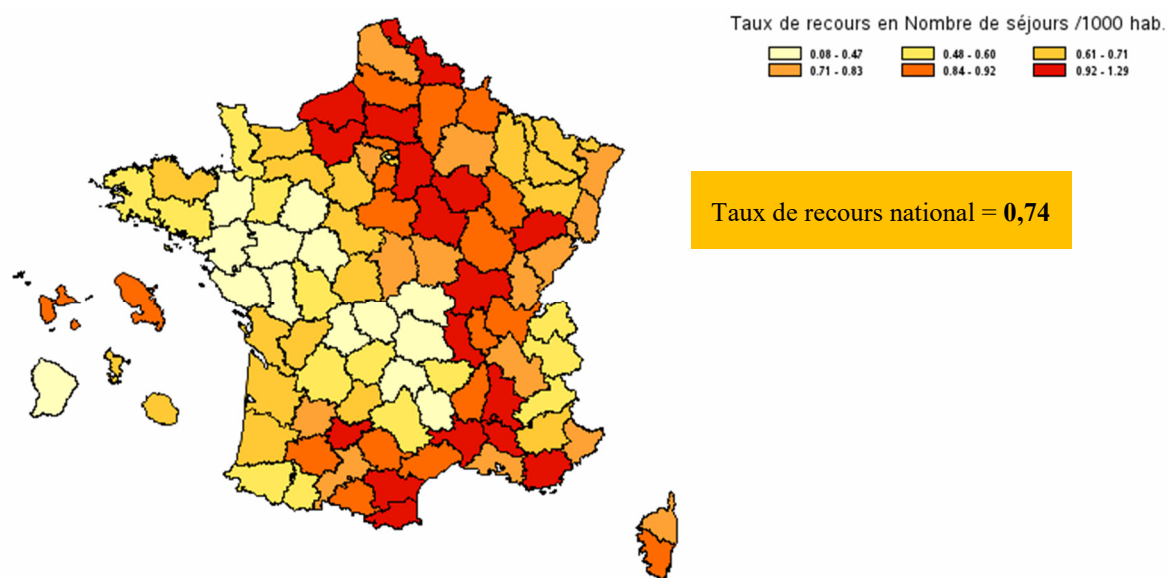
Même si la part des hommes a progressé (de 13-14 % avant 2008, elle a atteint 20,1 % en 2017), la grande majorité des patients opérés sont des femmes (79,9 % en 2017). L'âge moyen des patients a augmenté, passant de 39,3 ans en 2008 à 41,8 ans en 2017. La part des patients de 60 ans et plus a connu une croissance continue, passant de 4,1 % en 2008 à 7,9 % en 2017. Par ailleurs, les interventions de chirurgie bariatrique concernant des patients dont l'IMC est supérieur à 50 se sont développées (5 077 séjours en 2016 contre 1 638 en 2009).

De fortes variations territoriales dans le recours à la chirurgie bariatrique

L'analyse des taux standardisés de recours à la chirurgie bariatrique fait apparaître une variabilité géographique importante. En 2017, le taux standardisé (par classe de sexe et d'âge) de séjours pour intervention de chirurgie bariatrique départemental variait d'un facteur 5,6 (12,9 dans l'Aube contre 2,3 pour 10 000 dans le Cantal). Les taux standardisés régionaux de séjours les plus élevés étaient retrouvés dans les régions Hauts-de-France (9,7 pour 10 000), Bourgogne-Franche-Comté (8,8 pour 10 000), Occitanie (8,6 pour 10 000), Provence-Alpes-Côte d'Azur (8,5 pour 10 000), Normandie (8,4 pour 10 000), Corse (8,1 pour 10 000). À l'inverse, les taux les plus faibles étaient retrouvés en Guyane (0,8 pour 10 000), Guadeloupe (2,0 pour 10 000) et les Pays de la Loire (4,4 pour 10 000).

²⁶⁶ CNAMTS, *Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2018*, juillet 2017, p. 130.

**Carte n° 1 : taux de recours départemental standardisé (par sexe et âge)
à la chirurgie bariatrique**



Source : PMSI / Scan-Santé (données d'activité séjours 2017, données de population INSEE 2015)

La mise en place d'un dispositif informatisé de mise sous entente préalable depuis janvier 2019 doit permettre un contrôle effectif de la conformité des indications aux recommandations de la HAS

Jusqu'en janvier 2019, les demandes d'accord préalable (DAP) étaient établies sur des imprimés papiers, « rendant impossible le traitement effectif de l'ensemble des DAP par les échelons locaux de l'Assurance maladie, ni le suivi des demandes ».²⁶⁷ Ainsi, entre 2012 et 2017, seules les demandes des établissements présentant les pratiques les plus atypiques faisaient l'objet d'une analyse par l'Assurance maladie. En 2016, ce dispositif concernait 35 établissements et 676 demandes seulement avaient été traitées (avec un taux de refus de 29 %).

Depuis janvier 2019, la mise en place d'un nouveau dispositif d'entente préalable dématérialisée pour la chirurgie bariatrique par la CNAMTS (obligatoire à compter d'avril 2019), sous forme de télé-service accessible aux établissements et aux chirurgiens libéraux doit permettre d'apporter une réponse dans des délais courts et de s'assurer de la conformité des interventions aux recommandations de la HAS²⁶⁸.

Des dépassements d'honoraires fréquents et significatifs dans le secteur ex-OQN

Dans les établissements de santé privés, les données fournies par l'ATIH attestent de la fréquence des recours aux dépassements d'honoraires (dans plus de 50 % des cas pour l'acte d'anesthésie et plus de 70 % des cas pour l'acte de chirurgie bariatrique) et de leurs montants

²⁶⁷ Réponse de la CNAMTS au questionnaire adressé par la Cour en date du 1^{er} avril 2019.

²⁶⁸ CNAMTS, *Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2019*, juillet 2018, p. 76.

significatifs : pour les chirurgiens, 160 % de dépassement pour le *bypass* gastrique, 175 % pour la *sleeve gastrectomy*, 156 % pour l'anneau gastrique ; pour les anesthésistes, autour de 150 % (en sus des tarifs conventionnels).

L'activité de médecine

Les sources de données concernant l'activité d'hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO)²⁶⁹

Les séjours inclus dans le périmètre de l'analyse sont ceux pour lesquels un diagnostic d'obésité a été codé, soit au titre du diagnostic principal (DP), soit au titre du diagnostic relié (DR), soit au titre de diagnostic associé significatif (DAS). Le repérage des séjours pouvant faire l'objet d'une prise en charge de type hôpital de jour correspondent aux séjours sans nuitée pour lesquels un diagnostic principal ou relié d'obésité a été codé.

L'estimation de la valorisation des séjours a été réalisée sur la base des tarifs des GHS des arrêtés tarifaires (hors suppléments, hors retraitements, hors coefficient géographique) dans les secteurs ex objectif quantifié national (OQN) et ex-dotation globale de financement (DGF)²⁷⁰.

Les difficultés de l'analyse de l'activité de médecine de l'obésité dans le PMSI

Comme ont pu le constater les rapporteurs au cours d'une visite d'une unité spécialisée en médecine de l'obésité implantée au sein d'un hôpital universitaire de la région parisienne, en lien avec le département de l'information médicale de l'établissement, l'analyse des seuls séjours de la racine GHM « Obésité » (18 922 séjours en 2017) des groupes homogènes de malades (GHM) est insuffisante à rendre compte de cette activité. En effet, celle-ci rassemble exclusivement les séjours pour lesquels un diagnostic d'obésité est codé en tant que diagnostic principal.

Cette condition n'est remplie que dans un nombre restreint de situations, et exclut un nombre important de prises en charge réalisées de manière courante au sein des services spécialisés de médecine de l'obésité, et notamment les séjours pour bilan ou surveillance. Il n'est par ailleurs pas envisageable de réaliser une analyse de l'activité en médecine de l'obésité à l'échelon national à partir de l'identification des unités spécialisées, car elles ne font pas l'objet d'un repérage spécifique dans la nomenclature des unités médicales fonctionnelles.

²⁶⁹ Les données sur l'activité d'hospitalisation en MCO des personnes obèses proviennent de l'analyse des bases du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI-MCO), réalisée par la Cour avec l'outil DIAMANT sur les années 2013 à 2017

²⁷⁰ La valorisation des séjours la valorisation des séjours en secteur dont le secteur n'est pas renseigné dans DIAMANT a été réalisée sur la base de la moyenne du tarif du groupe homogène de séjour (GHS) pondérée de la répartition observée entre les secteurs pour l'année donnée.

Une difficulté d'analyse supplémentaire est liée à l'incertitude sur les modalités de facturation de l'activité réalisée en hôpital de jour résultant de la circulaire « frontière »²⁷¹ et à l'interprétation divergente par les caisses locales d'assurance maladie. Cette incertitude a été soulignée par plusieurs missions d'inspection²⁷², dont, récemment, la mission IGAS sur la chirurgie bariatrique, qui souligne la « *situation empreinte d'incertitudes et de tensions* », suite aux contrôles de l'assurance maladie ayant conduit au déclassement des facturations de GHS établies par certains services, ainsi que les risques créés par cette situation (moindre qualité du suivi, réalisation d'interventions de chirurgie bariatrique qui auraient pu être évitées, détournement vers des modalités alternatives moins performantes et plus coûteuses – par exemple l'hospitalisation complète). Elle avait conclu que les « *établissements qui accueillent des personnes obèses doivent pouvoir assurer la prise en charge des patients qui en ont besoin en hôpital de jour et recevoir les financements correspondants sans risquer de voir ces derniers remis en cause lors des contrôles de l'assurance maladie* » et recommandé par ailleurs un moratoire sur ces contrôles dans les centres spécialisés de l'obésité afin de leur permettre d'assurer leur mission de prise en charge de recours. Ce moratoire est toujours en cours, dans l'attente de l'aboutissement des travaux menés par la DGOS sur la refonte de la circulaire.

Les séjours des patients obèses en médecine-chirurgie-obstétrique

Bien qu'il soit difficile de formuler une appréciation sur l'exhaustivité du codage des comorbidités des patients au sein du PMSI-MCO, on relève que l'obésité a été codée comme diagnostic principal (DP), diagnostic relié (DR) ou comme diagnostic associé significatif (DAS) pour près de 924 000 séjours hospitaliers en 2017 (soit 5,0 % des 18 millions de séjours réalisés à l'échelle nationale, hors séances).

Si une minorité sont directement liés à la prise en charge de l'obésité (bilan dans des unités spécialisées, suivi, chirurgie bariatrique, etc.), le reste des séjours peuvent faire suite à ses complications directes ou indirectes (complications cardiovasculaires, ostéo-articulaires, etc.) ou être sans lien avec l'obésité (autres pathologies). Parmi les catégories associées les plus fréquentes on trouve notamment les affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles, dont le diabète (15,9 %), les affections de l'appareil circulatoire (14,4 %) et « les facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (10,7 %) dont le contenu est hétérogène (bilan, examens, suivi, conseil, ajustement de prothèses, mais aussi difficultés sociales, antécédents personnels et familiaux, etc.).

Les séjours de médecine chirurgie obésité pour lesquels l'obésité apparaît en tant que diagnostic principal ou en tant que diagnostic relié sont moins nombreux, mais susceptibles de traduire plus directement la prise en charge médicale et chirurgicale de l'obésité (130 173 en

²⁷¹ La circulaire DGOS/R n° 2010-201 du 15 juin 2010 autorise la facturation d'un GHS dans deux cas particuliers: les prises en charge nécessitant pour des raisons de sécurité liées à la pratique des actes « un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie » et les bilans diagnostiques et thérapeutiques justifiant le recours à une « équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ». Dans ce dernier cas, un GHS ne peut être facturé que si la prise en charge comporte plusieurs examens réalisés par des professionnels médicaux et paramédicaux différents sur des plateaux techniques hospitaliers, et qu'une synthèse diagnostique ou thérapeutique est réalisée par un médecin.

²⁷² Rapport IGF n°2015-M-053 et IGAS n°2015-117 R, *Développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine*, février 2016, p. 24.

2017, versus 108 603 en 2013). En excluant les séjours de chirurgie bariatrique, près de 70 % sont réalisés dans le secteur ex-DGF dont plus de la moitié (42,0 % du total en 2017) étaient réalisés en centre hospitalo-universitaire.

Une estimation du nombre de séjours susceptibles d'avoir fait ou de faire l'objet d'une prise en charge au sein d'une structure de type hôpital de jour a été effectuée. Elle aboutit à l'identification de 56 407 séjours (en 2017). Ces prises en charge sont majoritairement réalisées dans le secteur ex-DGF (76,2 % en 2017), près de la moitié (47,6 %) étant réalisés dans une structure de type universitaire.²⁷³

La valorisation de l'activité hospitalière liée à la médecine de l'obésité

Une valorisation approximative de l'activité médicale directement liée aux séjours présentant un diagnostic principal ou relié d'obésité aboutit à un chiffrage de 12,4 M€ pour les séjours des racines « obésité » et de 30,7 M€ pour les séjours pour explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques, soit un total de 43,1 M€. Parmi les séjours de médecine, la valorisation de ceux qui d'après leurs caractéristiques seraient compatibles avec une prise en charge dans une unité de type hôpital de jour aboutit à un chiffrage de 23,3 M€ pour 2017.

Une valorisation approximative de l'activité médicale directement liée aux séjours présentant un diagnostic principal ou relié d'obésité classés au sein des principales racines (hors chirurgie bariatrique) aboutit à un chiffrage de 18,7 M€ pour les séjours des racines « obésité », de 31,5 M€ pour les séjours concernant les « facteurs influant sur l'état de santé et les autres motifs de recours aux soins de santé » et de 15,1 M€ pour les séjours pour explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques, soit un total de 65,2 M€. Parmi les séjours de médecine, la valorisation de ceux qui d'après leurs caractéristiques seraient compatibles avec une prise en charge dans une unité de type hôpital de jour aboutit à un chiffrage de 28,8 M€ pour 2017.

Activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) pour obésité

D'après les données d'activité du PMSI-SSR, en 2017²⁷⁴, les séjours pour une affection du système digestif ou du système métabolique ou endocrinien ont représenté près de 143 000 prises en charge (9,7 % du nombre total de séjours en SSR, de 1 475 007 en 2017). Parmi eux, l'obésité était le motif d'admission de près de 65 900 et le diabète celui de près de 13 200.

Un volume total de journées stable depuis 2013, une augmentation de la part de l'activité en hospitalisation de jour

Le nombre de séjours en soins de suite et de réadaptation pour obésité affiche une augmentation de 30,2 % entre 2013 et 2017, passant de 50 628 en 2013 à 65 928 en 2017.

²⁷³ Séjours sans nuitée pour lesquels un diagnostic principal ou relié d'obésité a été codé et classés au sein de la Catégorie majeure de diagnostic (CMD) 23 ou de la racine 10M13 des groupes homogènes de malades (GHM).

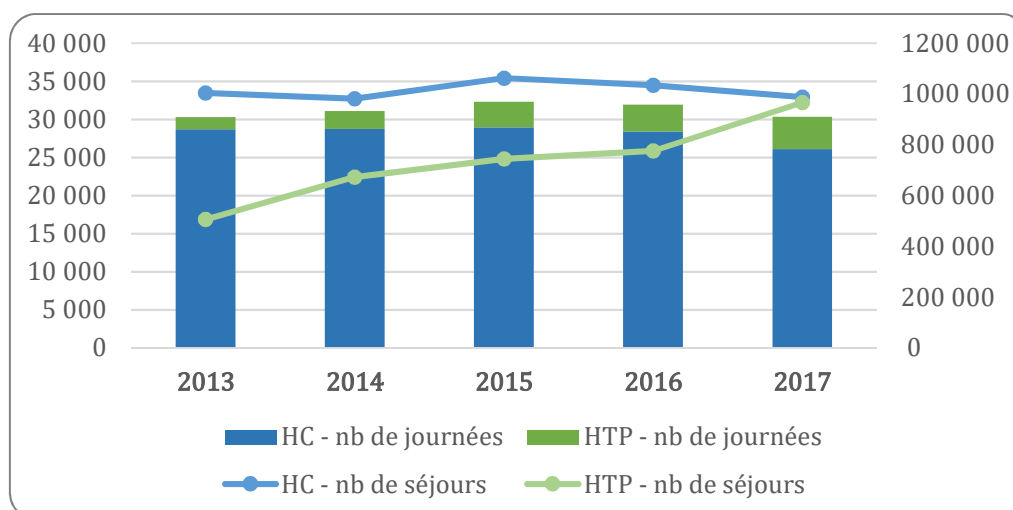
²⁷⁴ Les données sur les hospitalisations en SSR proviennent de l'analyse des bases du PMSI-SSR, réalisée par la Cour avec l'outil DIAMANT, sur les années 2013 à 2017. Il est cependant à noter que les séjours correspondant à une prise en charge post-chirurgie bariatrique sont exclus de ce périmètre en raison d'un codage différent. Le nombre de ces derniers est toutefois faible : en 2017, seuls 2,1 % des séjours de chirurgie bariatrique ont été directement suivis d'un séjour en SSR (1 170 séjours), dont 70 % avaient eu lieu en Martinique et en Bourgogne-Franche-Comté.

Toutefois, le nombre total de journées reste stable sur la période (+ 0,4 %). En 2017, il représentait 2,4 % du nombre total de journées en SSR.

Ces tendances traduisent une évolution dans les modalités d'hospitalisation en SSR pour obésité : si en 2013 les séjours à temps partiel représentaient environ un tiers du total, ils représentent environ de la moitié des séjours en 2017. Par ailleurs, la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète a diminué de plus de deux jours entre 2013 et 2017, pour atteindre 24,1 jours. Ces tendances touchent l'ensemble des classes d'âge.

Il existe une forte prédominance féminine parmi les patients hospitalisés en SSR pour obésité (71 % des séjours en 2017), quel que soit la modalité d'hospitalisation et la tranche d'âge (hormis concernant les moins de 18 ans). La majorité des IMC des patients hospitalisés en SSR se trouvait comprise entre 30 et 39 kg/m², en 2017 (59,2 %) comme en 2013 (66,0 %).

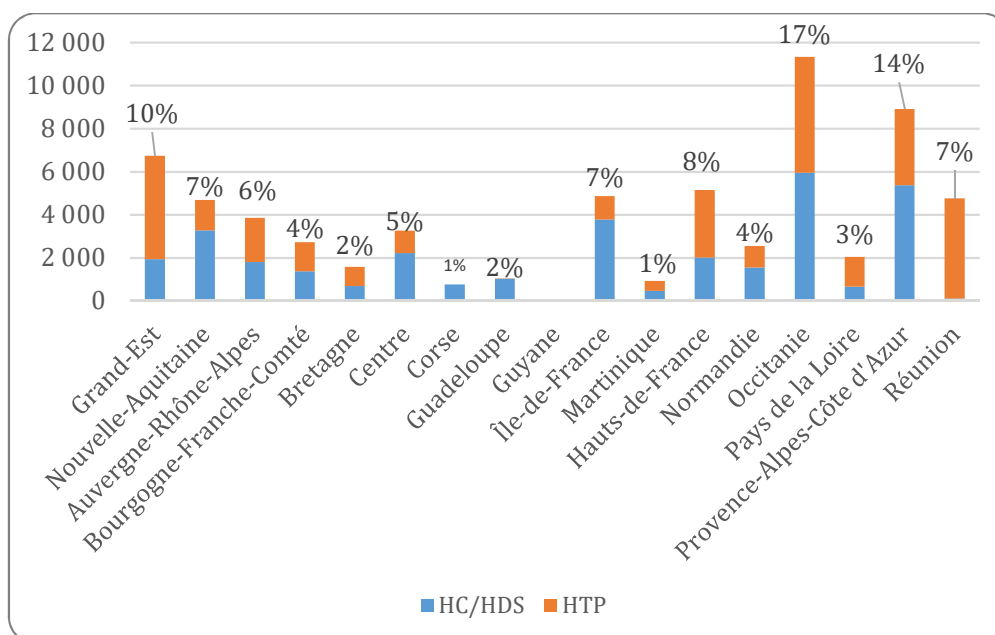
Graphique n° 9 : évolution du volume de séjours et de journées en SSR pour obésité par mode d'hospitalisation



Source : Cour des comptes / PMSI-SSR. Note de lecture : nombre de séjours (lignes) sur l'axe de gauche, nombre de journées (histogramme) sur l'axe de droite.

De fortes variations territoriales dans l'activité, une activité concentrée sur un nombre limité d'établissements privés sans et avec but lucratif

Le recours au SSR pour obésité présente par ailleurs des variations régionales importantes, qui ne semblent pas s'expliquer uniquement par les variations régionales dans la prévalence de l'obésité.

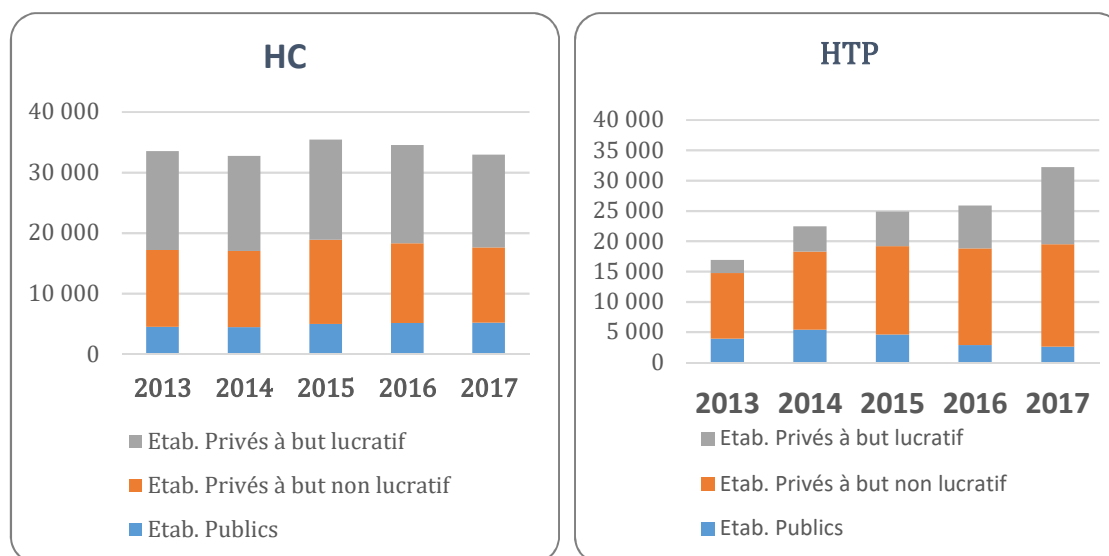
Graphique n° 10 : répartition des séjours de SSR pour obésité par région (2017)

Source : Cour des comptes / PMSI-SSR

L'activité est fortement concentrée sur un nombre limité d'établissements : en 2017, 90 % des séjours et 90 % des journées de SSR pour obésité étaient réalisés au sein 97 établissements, essentiellement dans le secteur privé (84 % des séjours d'hospitalisation conventionnelle/hospitalisation de semaine et 92 % des séjours à temps partiel). L'augmentation du nombre de séjours est principalement liée à celle des hospitalisations à temps partiel (HDJ) dans les établissements privés (sur la période 2013-2017, + 499 % dans les établissements privés à but lucratif). Les séjours se concentrent sur certaines régions, notamment Occitanie et Grand Est.

Parmi les différents actes codés, une bonne partie des patients bénéficient d'actes d'éducation et d'information (22 % des actes) codés en 2017, 68 % correspondant à de l'éducation thérapeutique.

Graphique n° 11 : répartition des séjours par modalité et par type d'établissement (2013-2017)



Source : Cour des comptes / PMSI-SSR

Les séjours de SSR pour obésité représentent 15,4 % des séjours des patients de moins de 18 ans

Si les séjours pour obésité ne représentent que 4,5 % du total des séjours de SSR en 2017, ils représentent 15,4 % des séjours de SSR des patients de moins de 18 ans (soit 12 425 séjours) et sont essentiellement réalisés dans le secteur ex-DGF (78 % des séjours en 2017, majoritairement dans les établissements privés à but non lucratif).

L'activité d'hospitalisation complète en SSR pour obésité diminue de manière importante entre 2013 et 2017, tandis le nombre de patients (+13,7 %) et les journées réalisées en hôpital de jour augmentent (+25,7 %). Les séjours concernent majoritairement des adolescents : l'âge moyen est de 13,2 ans en 2017 (stable depuis 2013), les plus de 14 ans représentant plus de 48 % du total des séjours. La part des séjours pour surpoids ($IMC < 30 \text{ kg/m}^2$) augmente entre 2013 et 2017 (de 3,2 % soit 473 séjours en 2013, à 23,4 % soit 3490 séjours en 2017). La prédominance féminine est moins marquée que chez les adultes (58,8 % des séjours en 2017).

La distribution de l'activité de SSR pour obésité montre là aussi une concentration dans certaines régions. Ainsi, en 2017, la région PACA concentrait 26 % des journées à l'échelon national (12 % des séjours), suivie par l'Occitanie (23 % des journées, 21 % des séjours).

Conclusion

L'analyse de l'activité de chirurgie bariatrique confirme le fort recours à ce mode de traitement. Alors que plusieurs travaux ont souligné la nécessité de mieux encadrer cette chirurgie, un infléchissement récent, entre 2016 et 2017, laisse espérer une tendance à la baisse. Il est cependant trop tôt pour savoir si cette tendance va se poursuivre, si elle est due à une diminution des besoins, et/ou à un meilleur respect des indications. Dans le cadre des travaux sur la réforme des autorisations des activités de soins, une réflexion a débuté sous l'égide de la DGOS, en collaboration avec la CNAM et les professionnels, sur l'introduction d'un seuil d'activité pour la chirurgie bariatrique afin de garantir la pertinence des orientations et la qualité des soins²⁷⁵. Lors du comité interministériel pour la santé de mars 2019, il a été annoncé que dès 2020, l'activité de chirurgie de l'obésité serait conditionnée à une autorisation selon des critères de qualité²⁷⁶ : il est à espérer que ces mesures soient rapidement mises en place.

S'agissant de l'activité de médecine, il serait nécessaire de mieux pouvoir l'identifier, notamment pour mieux estimer les dépenses hospitalières. Les modalités de facturation de l'hôpital de jour doivent être précisées, les travaux en cours sur la circulaire « frontière » devant désormais aboutir rapidement.

La place du SSR dans le parcours de soins mérite d'être mieux définie, notamment pour les adultes. Malgré plusieurs mesures du plan obésité²⁷⁷, elle reste dépendante de l'offre disponible et hétérogène en fonction des régions et il est d'autre part encore difficile de porter une appréciation sur les effets de la réforme du financement des SSR sur la prise en charge des personnes obèses²⁷⁸.

²⁷⁵ La mission IGAS avait recommandé pour un seuil minimum entre 50 et 100 interventions par an.

²⁷⁶ Dossier de presse du Comité interministériel pour la santé du 25 mars 2019.

²⁷⁷ Le cahier des charges des CSO/CIO avait prévu qu'un partenariat devait être établi et formalisé avec un établissement autorisé en SSR. L'action 9 du plan prévoyait d'assurer l'accès à des prises en charge adaptées en SSR pour les patients atteints d'obésité sévère et/ou compliquée. Enfin, l'action 25 prévoyait la réalisation d'un appel d'offres national en vue de la sélection de 2 SSR pédiatriques pour la prise en charge des jeunes atteints d'obésité syndromique et du syndrome de Prader Willi.

²⁷⁸ En préparation depuis le début des années 2000, la réforme du mode de financement des SSR a été introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et est entrée en vigueur, de manière transitoire, à partir de mars 2017.

Annexe n° 7 : les taux de taxation des boissons sucrées

Tableau n° 10 : taux de taxation, montants perçus et affectations des contributions sur les boissons sucrées et édulcorées

<i>Année de taxation</i>	<i>Taux de taxation</i>	<i>Montant perçu sucrées</i>	<i>Montant perçu édulcorées</i>	<i>Affectation des contributions</i>
2012	7,16€/hl	265 087 258 €	58 420 156 €	pour moitié à la CNAMTS
2013	7,31€/hl	306 345 025 €	60 279 432 €	2° de l'article L. 722-8 code rural
2014	7,45 €/hl (spécificité pour Mayotte)	307 707 046 €	57 715 026 €	2° de l'article L. 722-8 code rural
2015	7,50 €/hl	321 112 242 €	57 051 884 €	2° de l'article L. 722-8 code rural
2016	7,53 €/hl	319 863 134 €	53 250 095 €	2° de l'article L. 722-8 code rural
2017	7,53 €/hl	343 403 834 €	55 032 704 €	2° de l'article L. 722-8 code rural
2018	7,55 €/hl*	364 867 484 €	46 467 754 €	2° de l'article L. 722-8 code rural

* Jusqu'au 30 juin puis progressive pour sucrées et 3 €/hl pour édulcorées (Source : DGDDI)

Source : DGDDI

Tableau n° 11 : taxation applicable aux boissons sucrées à compter du 1^{er} juillet 2018

<i>QUANTITE DE SUCRE (en kg de sucres ajoutés par hl de boisson)</i>	<i>TARIF APPLICABLE (en euros par hl de boisson)</i>
<i>Inférieure ou égale à 1</i>	3
2	3,5
3	4
4	4,5
5	5,5
6	6,5
7	7,5
8	9,5
9	11,5
10	13,5
11	15,5
12	17,5
13	19,5
14	21,5
15	23

Source : DGDDI

Les autres taxes nutritionnelles

La taxe « prémix »

La taxe « prémix » a été instituée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 par voie d'amendement parlementaire. L'objectif poursuivi était de lutter contre la consommation excessive d'alcool, particulièrement par les jeunes (cocktail type rhum-coca ou vodka-jus de fruit).

Tableau n° 12 : évolution des taxes « prémix » de 2000 à 2018

Année	Montant (€)	Année	Montants (€)
2000	154 860	2010	109 120
2001	49 673	2011	369 306
2002	227 429	2012	2 306 710
2003	257 429	2013	706 738
2004	161 369	2014	1 389 140
2005	183 761	2015	1 136 583
2006	1 551 021	2016	1 442 422
2007	117 291	2017	780 991
2008	117 430	2018	876 309
2009	124 260	2019	-

Source : DGDDI

Taxe sur les boissons énergisantes

Créé par la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 (article 18), la contribution sur les boissons contenant de la caféine (anciennement énergisantes²⁷⁹) a été supprimée par la loi n°2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 (article 83).

Les prévisions établies lors de l'étude d'impact, préalable à l'entrée en vigueur de la taxe, s'élevaient à 60 M€ par an pour l'année 2014. Mais les recettes (hors droits d'accises acquittés à l'importation) encaissées en 2014 sont bien inférieures, puisqu'elles atteignent seulement 18 M€. En 2015, les recettes perçues s'élèvent à 4 M€ et les recettes pour 2016 se chiffrent à

²⁷⁹ Red Bull a déposé une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) auprès du Conseil constitutionnel afin de contester la légalité de cette taxe. L'appellation « énergisante » a été jugée discriminatoire, en septembre 2014, pour la société Red Bull, mais le principe de la taxe n'a pas été remis en cause par le Conseil constitutionnel.

un million. Cette baisse est en partie due au changement de recette des boissons commercialisées.

En effet, le principal redevable de la contribution sur les boissons en contenant, RED BULL, a informé les services des douanes que la recette de leurs boissons avait été modifiée afin qu'elles ne soient pas assujetties à la contribution. Les boissons commercialisées par RED BULL contiennent désormais 210 mg de caféine pour 1000 ml. La taxation s'appliquait sur les boissons à partir de 220 mg de caféine pour 1000 ml.

La taxe a donc eu un effet positif sur la consommation, car le taux de caféine a été abaissé par les fabricants afin d'éviter la taxation, ce qui explique la perte de recette générées par cette contribution.

Tableau n° 13 : taxes sur les boissons énergisantes

Année de taxation	Taux de perception	Montant perçu (€)*	Affectation
2014	100,00 €	18 885 293,00 €	CNAMTS
2015	101,90 €	4 048 438,00 €	CNAMTS
2016	102,61 €	2 263 359,00 €	CNAMTS

** Ces montants tiennent compte également des droits d'accises perçus sur les boissons sucrées et édulcorées importées sur le territoire national et donc liquidées sur le document administratif unique (DAU).*

Source : DGDDI

Annexe n° 8 : la fiscalité des produits alimentaires au niveau international

L'histoire des finances publiques a érigé comme idéal fiscal la recherche d'une distorsion fiscale nulle, c'est-à-dire une taxation qui ne provoquerait aucun changement dans le comportement des consommateurs, ceci pour maximiser les rendements à des fins budgétaires. Mais les 70 dernières années ont vu, en parallèle d'un État toujours plus présent, l'avènement d'une fiscalité dite « comportementale », qui adjoint aux impératifs d'efficience budgétaire et fiscale des considérations d'intérêt général. Ces taxes se retrouvent de manière prédominante dans les domaines environnementaux et de santé publique. Les avancées de la recherche en économie comportementale notamment, ont considérablement alimenté le sujet, avec cependant un manque d'exemples concrets à l'international, dû à une certaine frilosité des gouvernements successifs à risquer de contrevenir à leurs rentrées budgétaires et aux invariables accusations de paternalisme d'État qui leur était opposés.

Quelques exemples de taxation des produits alimentaires sont présentés dans cette annexe et soulignent parfois les difficultés des gouvernements à mettre en œuvre des mesures fiscales au regard du caractère anti-redistributif de celles-ci et du poids de l'industrie agro-alimentaire.

Au niveau européen

Seuls 7 des 28 États de l'Union européenne, à savoir la Belgique, le Danemark, la Finlande, la Hongrie, l'Irlande, le Portugal et le Royaume-Uni, ont mis en place une taxation nationale spécifique des produits alimentaires, qui vise essentiellement les produits sucrés. Celle-ci est limitée, dans la grande majorité de ces États, à des accises spécifiques sur les boissons (Belgique, Finlande, Irlande, Portugal, Royaume-Uni). Seuls la Hongrie et le Danemark imposent une taxation spécifique des produits alimentaires solides.

Belgique

En Belgique, des accises ont été instaurées sur les boissons non alcoolisées depuis le 1^{er} janvier 2010. Le taux de ces droits varie de 0 € (eaux minérales, jus de fruits ou légumes non fermentés) à 11,9233 € par hectolitre (eaux additionnées de sucre ou d'autres édulcorants, aromatisées ou non).

Danemark

Taxes existantes

Des droits spécifiques existent au Danemark sur le chocolat et les confiseries. Ils touchent également les matières premières telles que les amandes, les noix, les céréales et produits assimilés. Des droits sont également dus sur les glaces. Pour le chocolat et les confiseries, les taux de ces droits sont de 25,97 couronnes danoises (CD) par kg, soit 3,48 €/kg, pour les produits dans lesquels la quantité de sucre ajouté est supérieure à 0,5 gramme pour 100 grammes et de 22,08 CD (2,96 €/kg) pour les autres produits. Pour les matières premières, les taux varient de 4,87 CD / kg (0,65 €/kg) (noisettes en coques et cacahuètes sans coque) à 17,44 CD / kg (2,34 €/kg) (noix de cajou transformées, amandes transformées, noyaux d'abricots et de pêches transformés, et noix de cajou transformées). Les accises sur les glaces s'élèvent à 5,58 CD / l (0,75 €/l) pour celles contenant moins de 0,5 g / 100 ml de sucre et de 6,98 CD/L (0,94 €/L) pour les autres.

Taxes abandonnées

Le Danemark avait instauré en 2011 une taxe nutritionnelle dont le champ était particulièrement large, dite « accise sur les graisses saturées ». Étaient concernés par cette nouvelle taxe tous les aliments contenant plus de 2,3 % de graisses saturées : lait de consommation, viande, fromage, beurre, margarine, huiles et charcuterie ainsi que les produits fabriqués à partir de ces aliments, tels que les frites et autres snacks, même si le produit fini contenait moins de 2,3 % de graisse saturée. Le taux des droits dus s'élevait à 16 CD (environ 2,15 €) par kilogramme de graisse saturée. Une nouvelle taxe sur des produits contenant des sucres ajoutés, tels les yogourts, le ketchup et les cornichons, devait entrer en vigueur en 2013. Cette nouvelle taxe n'a pas été instaurée et l'accise sur les graisses saturées a été supprimée dès 2012, soit un an après sa création. L'impopularité de la taxe, la difficulté à mesurer l'impact en termes de santé ainsi que ses effets pervers (perte de compétitivité des entreprises, augmentation des prix) ont conduit le gouvernement danois à l'abroger. Le Danemark a également supprimé en 2014 sa taxe sur les boissons minérales et boissons sucrées.

Finlande

En Finlande, un droit d'accise est dû sur les boissons non alcoolisées. Les produits taxables comprennent les boissons à base d'eau, les jus de fruits ainsi que divers concentrés et poudres destinés à la préparation de boissons. À compter du 1^{er} janvier 2019, le taux de ces droits est de 0,27 €/l pour les boissons sans alcool contenant du sucre et 0,12 €/l pour les autres boissons non alcoolisées. Pour les boissons en poudre, le taux est de 1,72 €/kg pour celles contenant du sucre et de 1,04 €/kg pour les autres.

Hongrie

La Hongrie a introduit, en juillet 2011, une taxe de santé publique sur des produits alimentaires sucrés et salés. Le taux de la taxe varie de 0,02 €/l pour les boissons sucrées non alcoolisées à 0,79 €/l pour les boissons dites énergisantes (contenant plus de 1mg / 100ml de caféine ou plus de 100 mg / 100 ml de taurine). Sont en revanche exclus de la taxe les purs jus de fruits ou de légumes, les boissons lactées (au moins 50 % de lait) et les boissons médicinales. S'agissant des produits sucrés et salés, la taxe s'élève à 0,41 €/l pour les produits sucrés préemballés, à 1,58 €/l pour les confitures, et à 0,79 €/kg pour les snacks et condiments salés.

Irlande

Depuis le 1^{er} avril 2018, l'Irlande applique une taxe sur les boissons non alcoolisées à base d'eau ou de jus de fruits contenant au moins 5 grammes de sucre par décilitre. Sont exclus les jus de fruits purs, les boissons à base de lait (sans sucre ajouté) et les boissons médicinales. La taxe s'élève à 0,20 €/l pour les boissons contenant plus de 5 grammes et moins de 8 grammes de sucre pour 100 ml et à 0,30 €/l pour les boissons contenant plus de 8 grammes de sucre pour 100 ml.

Portugal

Le Portugal a instauré à compter du 1^{er} janvier 2017 des droits d'accise sur les boissons non alcoolisées sucrées. Le taux de ces droits s'élève à 0,16 €/l pour les boissons non alcoolisées contenant plus de 80 g de sucre par litre et à 0,082 €/l pour celles contenant moins de 80 g/l.

Royaume-Uni

Le Royaume-Uni applique depuis le 6 avril 2018 une taxe identique à la taxe irlandaise. Son taux est de 18 p/l (0,21 €/l) pour les boissons contenant plus de 5 grammes et moins de 8 grammes de sucre pour 100 ml et de 24 p/l (0,28 €/l) pour les boissons contenant plus de 8 grammes de sucre pour 100 ml.

Hors Europe

Mexique

Au Mexique, les impacts des taxes sur les boissons sucrées paraissent positifs au vu du travail mené conjointement par l'université de Caroline du Nord et l'Institut national mexicain de Santé publique. Après l'introduction en 2013 d'une taxe pourtant faible (1 peso soit 0,04 euro par litre), un déclin de 7,6 % en moyenne dans l'achat de boissons sucrées a été observé, notamment chez les ménages les plus pauvres en 2014 et 2015. Sur la même période, une hausse de près de 5,5 % d'achat de boissons non taxées – surtout des eaux plates – a été comptabilisée.

États-Unis

Les États-Unis se distinguent par une situation préoccupante, au regard de leurs forts taux de surpoids, d'obésité et l'évolution de leur consommation de sodas pour laquelle de nombreux États ont mené des politiques fiscales particulières déclenchant pratiquement toujours la mise en action du lobby agroalimentaire. À Philadelphie, qui est la deuxième ville à expérimenter une accise sur les sodas dont les recettes ont été réinvesties dans les écoles, une étude récente²⁸⁰ a montré que les ventes de sodas ont diminué de 38 %. À Berkeley qui avait expérimenté cette taxe 3 ans plus tôt, la baisse des ventes de boissons sucrées avait été de 10 %. Ces taxes, fortement encouragées par l'*American Heart Association*, ont été mises en œuvre depuis 2017 dans plusieurs villes américaines comme Oakland, Boulder, San Francisco ou Seattle et des états comme le Colorado et le Connecticut envisagent leur diffusion.

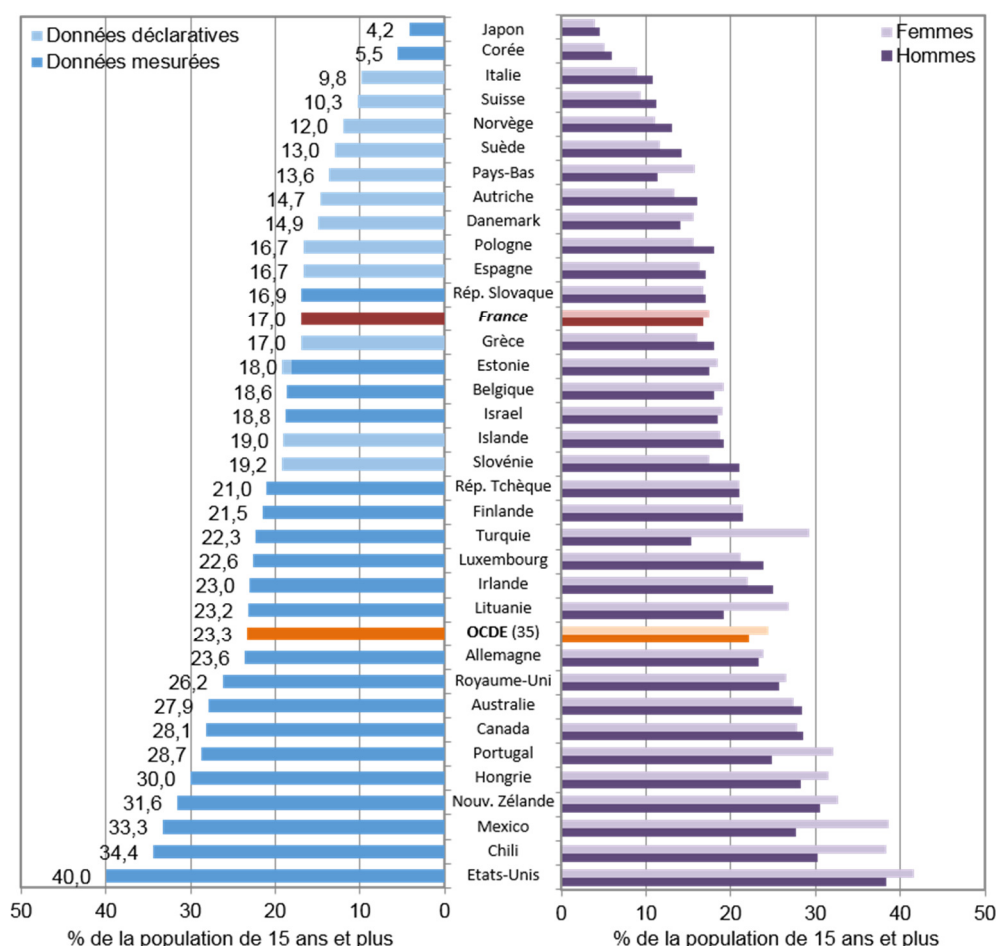
²⁸⁰ C.A. Roberto et al., JAMA, volume 321, n°18, 1800, 14 mai 2019.

Annexe n° 9 : les comparaisons internationales

Données sur la prévalence de l'obésité et du surpoids au sein des pays de l'OCDE

Le taux de prévalence de l'obésité parmi les adultes en France (17,0 %) se situe en-dessous de la moyenne de l'OCDE (23,3 %). S'il est nettement inférieur à celui de certains autres pays européens (Royaume-Uni, Portugal), l'Italie, la Suède ou la Norvège présentent de meilleurs indicateurs, le Japon (4,2%) et la Corée (5,5 %) présentant les taux de les plus faibles. Quelques pays sont il est supérieur mieux situés que la France, notamment l'Italie (9,8 %) et la Suisse (10,3 %). Les États-Unis présentent les taux de surpoids et d'obésité les plus élevés au monde, avec des inégalités de santé majeures. L'obésité y est désormais à l'origine d'une diminution de l'espérance de vie²⁸¹.

Graphique n° 12 : Prévalence de l'obésité « adultes » (%) au sein des pays de l'OCDE



Source : OCDE (2018), *Health Statistics 2018* (données 2016 ou année la plus proche).

²⁸¹ Ducharme, J. *Obesity Shaved Almost a Year Off U.S. Life Expectancy, Study Says*, 5 janvier 2018 (<http://time.com/5100737/obesity-lowering-life-expectancy-united-states>).

Royaume-Uni

En 2017, près de trois adultes sur dix étaient obèses et plus de six sur dix en surpoids

La situation épidémiologique du surpoids et de l'obésité au Royaume-Uni se caractérise par des taux de prévalence élevés. Ces taux ont fortement augmenté depuis 1993 mais se sont stabilisés depuis le début des années 2000²⁸². En 2017, près de trois adultes sur dix étaient obèses et plus de six adultes sur dix étaient en surpoids²⁸³. La prévalence de l'obésité était plus importante parmi les familles aux plus faibles revenus et au sein des territoires défavorisés. Par ailleurs, des données par groupe ethnique montrent en particulier qu'en 2017, la prévalence de l'obésité chez les femmes des communautés noires était significativement plus élevée (53,6 %) que chez les femmes blanches (27,5 %). Les données concernant les adultes proviennent de l'enquête *Health Survey for England*, réalisée chaque année depuis 1991 auprès d'un échantillon représentatif d'individus.

Parmi les enfants de 2 à 15 ans, trois sur dix étaient en surpoids ou obèses. Les données du *National Child Measurement Programme* (cf. *infra*) montrent qu'à l'âge de 4-5 ans (entrée à l'école), seuls 76,6 % des enfants avaient un poids normal ; cette proportion était de 64,3 % à 10-11 ans (fin du primaire). La proportion d'enfants obèses double entre l'âge de 4-5 ans et l'âge de 10-11 ans (de 9,5 % à 20,1 %) ; celle des enfants en surpoids augmente également (de 22,4 % à 34,3 %).²⁸⁴ La prévalence de l'obésité était par ailleurs près de deux fois supérieure dans les territoires dont le score de pauvreté (*deprivation*) est le plus élevé par rapport aux territoires où il est le plus faible (à l'âge de 10-11 ans, 26,8 % vs. 11,7 %). De fortes variations existaient entre les différents groupes ethniques.

Le système national de surveillance des enfants en Angleterre

L'Angleterre dispose depuis 1996 de données collectées parmi les enfants d'âge scolaire. Ces données ont été collectées tous les deux ans jusqu'en 2006, date à laquelle a été mis en place le programme national de mesure des enfants (*National Child Measurement Programme*) qui se déroule chaque année.

Depuis l'année scolaire 2006-2007, ce programme permet de mesurer et peser près d'un million d'enfants chaque année, aux âges de 4-5 ans (entrée à l'école) et 10-11 (fin du primaire). Il couvre près de 95 % des enfants scolarisés dans les écoles publiques (certaines écoles privées participent également ; pour les écoles publiques, le programme est une obligation). Les mesures sont assurées par des infirmières, l'organisation dans les écoles étant laissée à l'initiative des autorités locales qui peuvent recourir à des infirmières salariées ou indépendantes. Chaque école a également la liberté de faire également de cette journée un événement autour de messages sanitaires. Les parents sont avertis peu de temps avant par un courrier explicatif, et, sauf opposition explicite et écrite de leur part par un formulaire type, l'enfant est mesuré.

Les données sont renseignées par voie informatique (via le système d'information du NHS, *NHS digital*, basé sur le numéro d'identification NHS que possède chaque individu) et remontent à *Public Health England* (PHE) après un contrôle qualité au niveau local. Les

²⁸² Ng, M. et al. (2014), « *Global, regional and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013* », *Lancet*, 384(9945), pp. 766-781.

²⁸³ NHS Digital, *Health Survey for England, 2017: Adult and Child overweight and obesity*.

²⁸⁴ NHS Digital, *National Child Measurement Programme, England, 2017/18 School Year*.

résultats individuels sont restitués aux parents avec, si besoin, des conseils pour s'adresser à leur médecin traitant.

Les données sont traitées par PHE qui produit des analyses nationales, régionales, et locales : ces dernières sont restituées aux autorités locales qui peuvent disposer de données par école, afin de mettre en place le cas échéant des actions ciblées sur un établissement. Ces analyses se doublent d'analyses menées par groupe ethnique, ces données étant jugées indispensables pour repérer les groupes d'enfants les plus à risque (en l'occurrence les enfants issus des communautés noires (Caraïbes et Afrique) qui présentent des taux de surpoids et d'obésité très supérieurs aux enfants blancs. Les données sont également analysées en fonction d'un score de pauvreté (*deprivation*) qui met en évidence des taux très supérieurs pour les indices de pauvreté les plus élevés, tant pour le surpoids que pour l'obésité²⁸⁵.

Ce programme national, constitue ainsi à la fois un outil de suivi très rapproché de la situation épidémiologique, que de dépistage précoce des enfants en surpoids ou obèses. Son coût est difficile à estimer précisément, certaines autorités locales pouvant ajouter à cette journée de mesure d'autres actions de dépistage et de prévention ; néanmoins, selon PHE, il est compris entre 3 à 14 livres par enfant.

En termes de politique publique, la priorité a été donnée à des mesures ciblant les enfants et portant sur la réduction de la consommation de sucre

La situation épidémiologique de l'obésité infantile au Royaume-Uni a justifié la mise en œuvre d'un plan spécifique en 2016²⁸⁶ (réactualisé en 2018²⁸⁷) dont l'un des principaux objectifs était la réduction de la consommation en sucre. En effet, les enquêtes sur les pratiques alimentaires ont mis en évidence des consommations en sucre très supérieures aux recommandations nutritionnelles. La réalisation de cet objectif reposait sur l'introduction d'une taxe sur les boissons sucrées (depuis avril 2018), la mise en œuvre d'un programme²⁸⁸ visant à réduire le sucre de 20 % dans les produits alimentaires en 2020 (dont au moins 5 % la première année) en se concentrant sur les catégories les plus consommées par les enfants²⁸⁹ (en encourageant la reformulation des produits, la réduction de la taille des portions et du nombre de calories consommées par jour et en modifiant les pratiques de consommation) et une campagne de santé publique à destination du grand public à destination des enfants et de leurs parents. Les actions initiées semblent avoir commencé à porter leurs fruits, puisque plusieurs industriels ont déjà procédé à la reformulation de leurs produits²⁹⁰ et qu'un an plus tard, en 2018, le contenu moyen en sucre par 100 g des produits alimentaires avait été réduit en moyenne

²⁸⁵ L'ensemble des données sont accessibles sur <https://fingertips.phe.org.uk/profile/national-child-measurement-programme>.

²⁸⁶ HM Government, *Childhood Obesity: a Plan for Action*, Août 2016.

²⁸⁷ HM Government, *Childhood Obesity: a Plan for Action*, chapitre 2, Juin 2018.

²⁸⁸ Public Health England, *Sugar Reduction: Achieving the 20 %. A technical report outlining progress to date, guidelines for industry, 2015 baseline levels in key foods and next steps*.

²⁸⁹ Notamment céréales, yaourts, biscuits, gâteaux, pâtisseries, glaces, confitures.

²⁹⁰ À titre d'exemple, Kellogg's a diminué le contenu en sucre des céréales petit-déjeuner les plus consommées par les enfants de 20-40 % et Yoplait a diminué celui de ses confiseries de 13,2 %.

de 2 % (-11 % pour les boissons sucrées). Le programme sur le sucre a été complété de manière plus récente par un programme sur la réduction des calories²⁹¹.

Une campagne marketing, « Change4Life », a été lancée en 2009 afin d'améliorer les comportements alimentaires. Ciblait principalement les familles avec un enfant à l'école primaire, elle a fait l'objet d'une déclinaison à l'ensemble des médias (télévision, presse, y compris internet et les réseaux sociaux, affichage dans les espaces publics) et associe les autorités et les partenaires locaux (notamment les écoles). Elle met principalement l'accent sur l'objectif de réduction de la consommation de sucre en encourageant la substitution par des produits moins sucrés ; la campagne 2019 (« Sugar Swap ») utilise des représentations concrètes du contenu en sucre des aliments. Des outils digitaux (les applications ont fait l'objet de plus de 5 millions de téléchargements) ont été développées, dont une application « sucre » permettant de visualiser la charge en sucre en scannant le code barre des produits. L'évaluation des campagnes en conditions réelles montre des résultats encourageants.

Les autres actions des plans sur l'obésité infantile visaient principalement à agir sur l'environnement des enfants, notamment par des engagements quantifiés de réduction des aliments trop gras, trop salés et trop sucrés dans le secteur public (y compris dans les écoles)²⁹² et la promotion de l'activité physique dans les établissements scolaires. Ces actions de santé publique sont menées en association avec les autorités locales, *Public Health England* développant par ailleurs une approche de l'obésité à destination des décideurs locaux intégrant la réflexion sur le cadre de vie au centre. D'autres mesures réglementaires sont prévues : le dernier plan prévoit l'interdiction des promotions alimentaires sur ces produits et l'interdiction de leur placement aux entrées des magasins et à proximité des caisses, ainsi que le lancement d'une consultation publique (de mars à juin 2019) sur l'extension des restrictions législatives sur les publicités pour les aliments trop gras, trop sucrés ou trop salés à la télévision et sur internet. Certaines des options soumises à la consultations proposent de tenir compte du score nutritionnel des aliments, avec l'objectif d'en encourager la reformulation.²⁹³ De plus, des mesures sur l'information nutritionnelle sont prévues, la sortie de l'UE devant permettre aux autorités de santé de s'affranchir des contraintes du cadre de la directive INCO.

Le coût des soins médicaux liés à l'obésité pour le National Health Service était estimé à 6,1 milliard de livres en 2014-2015 et le coût social de l'obésité à 27 milliards de livres

Les coûts des soins médicaux liés à l'obésité et à ses complications ont été estimés par un travail mené par une équipe de chercheurs du département de santé publique de l'université d'Oxford pour l'année fiscale 2006-2007.²⁹⁴ À partir de l'identification des pathologies pour lesquelles l'obésité et le surpoids constituent des facteurs pré-disposants et du coût de leur prise en charge médicale, le coût des soins médicaux liés à l'obésité et au surpoids avait été estimé

²⁹¹ *Public Health England, Calorie reduction: The scope and ambition for action*, mars 2018.

²⁹² Ce travail a été réalisé dans le cadre de la révision des standards qualité pour la restauration collective gouvernementale (*Government Buying Standards for Food and Catering Services*) qui sont intégrés au sein du *Plan for Public Procurement*.

²⁹³ HM Government, *Introducing further advertising restrictions on TV and online for products high in fat, sugar and salt*, mars 2019.

²⁹⁴ Scarborough, P. et al. (2011), « *The economic burden of ill health due to diet, physical inactivity, smoking, alcohol and obesity in the UK: an update to 2006-07 NHS costs* », *Journal of Public Health*, 33(4), pp. 527-535.

en tenant compte des fractions attribuables pour chacune d'entre elles. Pour l'année fiscale 2006-07, le coût du traitement de l'obésité pour le NHS avait été estimé à 5,1 Md£ au Royaume-Uni; pour l'année fiscale 2014-2015, une approximation réalisée par PHE avait estimé le coût de la prise en charge pour le NHS à 6,1 Md de livres, les projections pour 2050 allant jusqu'à 9,7 Md de livres. Par ailleurs, le coût social de l'obésité au Royaume-Uni était estimé à 27 Md£ en 2015 (sa projection en 2050 était estimée à 49,9 Md).

Annexe n° 10 : les crédits du PNNS 3

Tableau n° 14 : crédits du PNNS engagés au niveau central pour la période 2011-2014

Catégories	AE 2011	CP 2011	AE 2012	CP 2012	AE 2013	CP 2013	AE 2014	CP 2014
Actions collectivités locales PNNS OMS	133,4 K€	133,4 K€	130,0 K€	130,0 K€	125,0 K€	125,0 K€	76,8 K€	76,8 K€
Actions communication nutrition	45,0 K€	45,0 K€	40,0 K€	40,0 K€	30,0 K€	30,0 K€	91,4 K€	91,4 K€
Activité physique			30,0 K€	30,0 K€	160,0 K€	160,0 K€	115,2 K€	115,2 K€
Associations	105,0 K€	35,0 K€	20,0 K€	50,0 K€		40,0 K€		
Divers			5,0 K€	5,0 K€	5,0 K€	5,0 K€	4,8 K€	4,8 K€
Etudes	95,0 K€	85,0 K€	470,0 K€	480,0 K€	285,0 K€	285,0 K€	30,0 K€	30,0 K€
EVALIN			20,0 K€	20,0 K€	15,0 K€	15,0 K€	10,0 K€	10,0 K€
Financement OQALI	150,0 K€	150,0 K€	300,0 K€	300,0 K€	300,0 K€	300,0 K€	300,0 K€	150,0 K€
Formateurs PNNS	100,0 K€	100,0 K€	100,0 K€	100,0 K€	100,0 K€	100,0 K€	91,4 K€	91,4 K€
Malnutrition					15,0 K€	15,0 K€		
Total	628,4 K€	548,4 K€	1 115,0 K€	1 155,0 K€	1 035,0 K€	1 075,0 K€	719,6 K€	569,6 K€

Tableau n° 15 : crédits du PNNS engagés au niveau central pour la période 2015-2017

<i>Catégories</i>	AE 2015	CP 2015	AE 2016	CP 2016	AE 2017	CP 2017	AE 2013-2017	CP 2013-2017
<i>Actions collectivités locales PNNS OMS</i>							465,2 K€	465,2 K€
<i>Actions communication nutrition</i>	70,0 K€	70,0 K€			18,0 K€	18,0 K€	294,4 K€	294,4 K€
<i>Activité physique</i>	30,0 K€	30,0 K€			10,0 K€	10,0 K€	345,2 K€	345,2 K€
<i>Associations</i>							125,0 K€	125,0 K€
<i>Divers</i>			20,0 K€	20,0 K€	38,0 K€	38,0 K€	72,8 K€	72,8 K€
<i>Études</i>	65,0 K€	65,0 K€	612,9 K€	516,3 K€	53,9 K€	119,5 K€	1 611,8 K€	1 580,8 K€
<i>EVALIN</i>			10,0 K€	10,0 K€			55,0 K€	55,0 K€
<i>Financement OQALI</i>	300,0 K€	450,0 K€	300,0 K€	300,0 K€	300,0 K€	300,0 K€	1 950,0 K€	1 950,0 K€
<i>Formateurs PNNS</i>	120,0 K€	120,0 K€	100,0 K€	100,0 K€	100,0 K€	50,0 K€	711,4 K€	661,4 K€
<i>Malnutrition</i>	50,0 K€	50,0 K€					65,0 K€	65,0 K€
Total	635,0 K€	785,0 K€	1 042,9 K€	946,3 K€	519,9 K€	535,5 K€	5 695,8 K€	5 614,8 K€

Source : Les crédits du PNNS 3 engagés au niveau national ont été communiqués par la DGS, un retraitement a été fait par la Cour pour regrouper les actions par grandes catégories. Les crédits du FIR sont issus des rapports annuels du FIR.

Tableau n° 16 : crédits du fonds régional d'intervention consacrés à la nutrition de 2012 à 2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017 (CP)
<i>FIR réseaux nutrition</i>	5,0 M€	6,1 M€	4,6 M€	4,7 M€	N.C.	N.C.
Total réseaux	132,6 M€	157,8 M€	158,9 M€	158,6 M€	150,0 M€	154,4 M€
Part de la nutrition dans le total des réseaux	3,8 %	3,9 %	2,9 %	3,0 %	-	-
<i>FIR prévention éducation nutrition/obésité</i>	N.C.	N.C.	10,9 M€	12,0 M€	13,5 M€	15,6 M€
- dont promotion de la nutrition santé hors de la lutte contre l'obésité	N.C.	N.C.	N.C.	8,8 M€	10,0 M€	12,3 M€
- dont lutte contre l'obésité	N.C.	N.C.	N.C.	3,1 M€	3,5 M€	3,3 M€
Total mission 1 (promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie)	242,4 M€	332,8 M€	424,2 M€	439,6 M€	479,2 M€	515,4 M€
Total mission 1-1 et 1-2 (prévention et observation en santé, éducation à la santé...)	183,0 M€	277,3 M€	254,5 M€	278,3 M€	278,4 M€	303,6 M€
Total obésité dans total missions 1-1 et 1-2	-	-	-	4,3 %	4,9 %	5,1 %
CSO	N.A	N.A	N.A	N.A	1,0 M€	1,7 M€
Total FIR nutrition/obésité	5,0 M€	6,1 M€	15,4 M€	16,6 M€	13,5 M€	15,6 M€

Source : Cour des comptes d'après rapports annuels d'activité du FI

