

N° 312

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2007-2008

Annexe au procès-verbal de la séance du 6 mai 2008

PROPOSITION DE LOI

*relative à la **prévention** et à la **lutte** contre l'**obésité**,*

PRÉSENTÉE

Par MM. Roland COURTEAU, Claude SAUNIER et Marcel RAINAUD,
Sénateurs

(Renvoyée à la commission des Affaires sociales, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.)

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames, Messieurs,

Les caisses gérant l'assurance maladie ont des difficultés pour consacrer des sommes suffisantes à la prévention de pathologies qui leur coûtent et leur coûteront de plus en plus cher. L'obésité est une de ces pathologies, tout autant que le tabac ou l'alcool. On rappellera quelques données sur ce fléau social encore trop méconnu.

Les causes de l'obésité :

L'obésité est une **affection polyfactorielle** dont l'étiologie est à la fois génétique et environnementale.

Parmi les facteurs environnementaux, l'**alimentation** et, plus largement, la **déstructuration du comportement alimentaire face à une offre surabondante** tiennent une place importante.

L'obésité se constitue à partir de la **surcharge pondérale** mais elle devient **rapidement une maladie chronique difficilement réversible**, ce qui revient à dire que la surcharge pondérale, qui en est la porte d'entrée, doit faire l'objet d'une vigilance particulière.

La montée inquiétante de l'obésité :

Selon l'enquête ObÉpi 2006, **l'obésité concerne 12,4 % de la population française** soit plus de 5,9 millions de personnes, en augmentation depuis 9 ans. L'augmentation est plus importante chez la femme. La proportion d'obèses chez les seniors est plus importante que dans la population globale.

Par ailleurs, en 2006, 29,2 % de la population, soit environ 13,9 millions de personnes, sont en surpoids, les hommes plus souvent.

Dans une autre étude, on voit que le pourcentage d'enfants présentant un excès pondéral en France est passé de 3 % en 1965, à 5 % en 1980, 12 % en 1996 pour atteindre 16 % en 2000. Aujourd'hui, d'après un rapport de *l'International Obesity Task Force (IOTF)*

de 2005, **18 % d'enfants français seraient en surpoids, dont environ 14 % d'obèses.**

Selon l'OMS, il existe environ **300 millions de personnes obèses dans le monde.** Le taux de « surcharge pondérale + obésité », en progression régulière depuis 30 ans, est de **64,5 % aux Etats-Unis.** Les obèses y représentent près du tiers de la population (**30,5 %**). L'Europe suit parallèlement cette progression.

Les conséquences sanitaires et financières de l'obésité :

L'obésité engendre **des coûts financiers considérables** pour les **institutions chargées de gérer les systèmes d'assurance maladie** (de l'ordre de 117 milliards de dollars aux États-Unis, soit 10 % de la dépense de santé, et de l'ordre de 4 % de la dépense de santé en France, soit environ 5 milliards d'euros).

L'obésité accroît les risques de développer des pathologies létales (de 50 % pour les coronaropathies, de 380 % pour le diabète gras, de 370 % pour la goutte et de 240 % pour les maladies liées à une hypertension artérielle). Elle est responsable de plusieurs centaines de milliers de décès par an.

La France devrait atteindre le taux d'obésité américain vers 2020, ce qui impliquerait une charge annuelle de 14 milliards d'euros pour la seule assurance maladie.

Nous sommes donc confrontés à un **fléau social dont on sait avec certitude qu'il sera à la source d'un désastre sanitaire et d'une implosion financière de l'assurance maladie.**

Mais la progression de ce fléau n'est pas une fatalité insurmontable. **Un volontarisme politique peut contenir cette progression.** Nous proposons d'y contribuer en mettant en œuvre des mesures complémentaires des actions déjà menées, notamment dans le cadre du Programme national nutrition santé.

Ces mesures devront également être accompagnées par des encouragements à la recherche sur la **psychologie du comportement alimentaire**, qui est insuffisamment développée alors qu'elle est essentielle. Des progrès restant à accomplir dans ce secteur de connaissance permettraient probablement d'approfondir les déterminants

psychologiques des comportements aboutissant à la surcharge pondérale, puis à l'obésité. Cette dérive des comportements est d'ailleurs paradoxale dans une société de plus en plus dominée par l'importance donnée par les modèles socioculturels à l'apparence physique.

Première mesure : reconsidérer le régime fiscal de certains produits alimentaires

L'assurance maladie doit consacrer une part plus importante de ses ressources à la prévention en général, et en particulier à la prévention de l'obésité. C'est son intérêt bien compris. Le système mutualiste devrait être associé à ce financement.

Des ressources supplémentaires doivent donc être accordées au Programme national nutrition santé.

En général, le législateur a établi des règles fiscales particulières pour les produits qui sont jugés nocifs pour la santé. C'est le cas de l'alcool et du tabac.

La raison en est simple : la vente de ces produits crée des charges externes supportées par les budgets publics. Il est donc indispensable d'en restreindre la consommation par la fiscalité – et, dans certains cas, d'affecter les produits de cette fiscalité à la prise en charge des coûts indirects créés par la consommation de ces produits.

Dans ce domaine deux possibilités, non exclusives l'une de l'autre, doivent être considérées :

a) Réviser les taux de TVA applicables

En matière de produits alimentaires dont l'abus peut être estimé nocif, l'état de la **réglementation européenne** sur les taux de TVA (6^{ème} Directive du Conseil européen du 17 mai 1977, et en particulier son annexe H) **prend assez peu en considération les implications de santé du régime fiscal** :

- les sodas sucrés relèvent du taux réduit de 5,5 %,
- les matières grasses végétales sont imposées au taux réduit de 5,5 %,
- le chocolat et les confiseries ressortissent au taux intermédiaires de 19,6 % mais si dans une barre de chocolat on ajoute

des céréales et/ou des matières grasses végétales, le taux réduit de 5,5 % s'applique au produit.

L'application de la directive européenne est quelquefois baroque : ainsi, le Conseil d'État a estimé, en formation consultative, que des pâtes à tartiner, particulièrement caloriques, pouvaient être assimilées à de la confiture et être soumises au taux réduit.

Une remise en ordre s'impose donc.

Les débats européens sur la pérennisation de la TVA à taux réduit pour les travaux domestiques et l'éligibilité des activités de restauration à ce même taux ont donné à la Commission européenne l'occasion d'une prise de position où elle émettait le vœu que plus de souplesse soit donné aux États membres dans la définition des taux de TVA.

Sans se dissimuler la lourdeur du processus de décision sur ce point, cette évolution des procédures pourrait être l'occasion **de réviser certaines aberrations sanitaires des régimes de TVA des produits alimentaires dont l'excès est délétère.**

b) Créer une taxe fiscale affectée

Aux termes de l'article 2 de la loi organique du 1er août 2001 relative aux lois de finances, les organismes exerçant une mission de service public peuvent bénéficier de taxes fiscales affectées.

Il est proposé de créer une taxe fiscale affectée au Programme national nutrition santé. Cette taxe pourrait être assise sur les produits alimentaires composés dépassant un taux de calories au gramme donné ou une proportion donnée de sucres et de graisses. Son taux devrait être, comme celui de l'imposition sur le tabac, significatif.

Il est du ressort du ministère de la santé d'établir la liste précise de ces produits.

Seconde mesure : réglementer davantage la publicité de certains produits alimentaires

L'obésité est une maladie polyfactorielle dont l'alimentation n'est qu'un des déterminants.

Il serait donc abusif de faire porter les responsabilités d'un phénomène complexe à un seul facteur.

Il demeure, cependant, qu'un **certain type d'offre alimentaire concentre des risques particuliers** (contribution à un nomadisme alimentaire, taux élevés de sucres et de graisses, adresse des produits à des populations sensibles comme les enfants et les préadolescents). Elle peut, si l'on n'y prend garde, aboutir à des aberrations sanitaires.

Les encouragements apportés à cette offre alimentaire soit par le biais de la publicité, soit par le truchement de facilités de commercialisation dans des locaux publics ne se justifient pas.

Il est donc nécessaire de réglementer plus sévèrement ces propositions alimentaires **en interdisant la publicité télévisée sur les produits alimentaires « de grignotage » excessivement gras et sucrés et les sodas sucrés**. Il est du ressort du ministère de la santé d'établir la liste précise de ces produits.

Cette interdiction interviendrait dans le cas où les industriels ne renonceraient pas d'eux-mêmes à ce type de publicité dans le cadre des discussions initiées par la ministre de la santé.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

Il est créé, au bénéfice du Programme national nutrition santé, une taxe fiscale affectée, assise sur la valeur hors TVA, des produits alimentaires « de grignotage » comportant un taux de sucre et de graisses supérieur à un pourcentage défini par décret, ainsi que sur les sodas sucrés.

Le taux de cette taxe est fixé à 100 % de la valeur visée à l'alinéa premier du présent article.

Article 2

La publicité télévisée sur les produits alimentaires « de grignotage » excessivement gras et sucrés, et sur les sodas sucrés, est interdite.

Article 3

Le ministère de la santé établit chaque année la liste des produits alimentaires « de grignotage » excessivement gras et sucrés, et celle des sodas sucrés.