

Extrait d'une communication de la Cour des Comptes à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale

vendredi 21 octobre 2011

Cette communication d'octobre 2011 sur "La prévention sanitaire" réalise "une enquête sur le bilan et l'évaluation de la prévention en santé" et formule des recommandations. Nous en publions ici un extrait : le chapitre 4, qui examine les rapports entre "les stratégies de prévention et la prise en compte des intérêts économiques". Ce chapitre en effet concerne directement le thème du séminaire N° 1 et a été cité lors des débats.

Le rapport complet est disponible en téléchargement sur le [site de l'Assemblée nationale](#)

IV - Les stratégies de prévention et la prise en compte des intérêts économiques

Les actions d'information, de communication et d'éducation font appel généralement à la responsabilité individuelle. Les actions de nature réglementaire, la fiscalité ou des politiques de financement d'associations de prévention ou en faveur de certains produits permettent d'agir sur l'environnement collectif des individus et le plus souvent de réduire les inégalités sociales de chances en santé.

La littérature scientifique reconnaît qu'il est nécessaire de trouver un équilibre entre l'appel à la responsabilité individuelle et la responsabilité collective [1] qui ne s'opposent pas mais sont complémentaires.

Des études d'évaluation de l'efficacité relative des différentes actions d'une politique de prévention ont été menées principalement dans les domaines du tabagisme, de l'alcool et de la nutrition. Elles démontrent que les approches réglementaires, quand elles sont appliquées, ont un impact plus grand que les approches par l'information, la communication et l'éducation.

En effet, des mesures qui s'imposent à tous, immédiatement et en tous lieux, présentent ce que certains experts appellent une « forte densité préventive ». En se référant aux travaux d'Abrams [2], des experts expliquent que plus le nombre de points de décisions augmente, plus la densité préventive baisse [3]. « Ainsi l'édiction d'un décret d'interdiction de fumer dans les lieux publics, ou la décision d'augmenter des taxes sur les produits du tabac présentent les deux avantages suivants : le nombre de lieux de décisions est très faible, et comme la décision s'impose à tous par la loi, la dissémination de l'action préventive est relativement simple. A contrario, le souhait de vouloir adopter une mesure préventive par 60 000 médecins conduit à ce qu'il y ait 60 000 lieux de décision dont l'issue, sans incitations fortes, est très incertaine ». En outre, si une mesure réglementaire s'impose à tous et en tous lieux, une action d'information et d'éducation nécessite notamment que le public concerné soit attentif, réceptif et actif par lui-même.

A contrario, les représentants des intérêts en cause mettent souvent en avant la responsabilité individuelle au détriment de la responsabilité collective. Leur message peut conduire à privilégier les actions d'information et de communication au détriment des mesures réglementaires, en tout cas à privilégier des moyens d'action qui ne sont donc pas reconnus comme les plus efficaces sur le plan scientifique.

Dans une note de réflexion pour une politique nationale de santé publique 2010-2014 d'avril 2010, la DGS constate : « Pour ne citer que trois déterminants importants de la santé (tabac, alcool et nutrition), des

travaux scientifiques internationaux convergents ont identifié les pistes d'action les plus efficaces :

- en ce qui concerne le tabac, il s'agit d'actions sur la demande (prix, suppression de la publicité, interdiction de fumer ...). A l'inverse, d'autres actions (prohibition, restriction de l'accès pour les mineurs, substitution et diversification des cultures) sont apparues relativement peu efficaces ;
- dans le champ de l'alcool, la réglementation de l'offre et la réduction de la demande en agissant sur les prix sont parmi les stratégies les plus efficaces ;
- dans le domaine de la nutrition, les experts internationaux recommandent une action sur l'environnement du consommateur (interdiction de la publicité en direction des enfants, recours à la fiscalité sur certains aliments, en particulier les boissons sucrées).

En dépit des résultats reconnus de ces études internationales, ce type de réglementation et recommandations préventives est contestée [...] aussi parce que des messages divergents se font entendre par ailleurs.

Certains groupes d'intérêt mettent en cause la pertinence des mesures prises ou envisagées, parfois leur fondement scientifique, afin de limiter ce qu'ils considèrent comme un impact négatif de la politique de santé publique sur leur activité ».

De fait, se déploient face aux stratégies de prévention sanitaire des contre-stratégies de lobbying [4], qui peuvent se fixer différents objectifs, parmi lesquels :

- la promotion des produits et les investissements publicitaires. En 2006, par exemple, le montant des investissements publicitaires pour les boissons alcoolisées s'est élevé à 306 M€, soit presque trois fois le budget de l'INPES [5] ;
- l'action sur les décideurs et relais d'opinion ;
- l'information du public sur des bases scientifiques, et notamment la valorisation d'études scientifiques favorables aux lobbies ;
- la limitation du champ d'intervention laissé aux acteurs de santé publique, notamment la contestation de l'effet négatif sur la santé de prix promotionnels ou attractifs de certains produits, et plus généralement la contestation de la légitimité des professionnels de la santé publique à intervenir sur un champ non pas seulement médical mais aussi économique.

Deux domaines peuvent illustrer l'incidence de telles stratégies sur les politiques de prévention.

A -La prévention de l'obésité chez l'enfant

L'exemple de la publicité pour les produits alimentaires destinée aux enfants est particulièrement significatif de la manière dont pèsent les opérateurs économiques issus des secteurs agro-alimentaire et audiovisuel dans la définition de la politique de prévention sanitaire,

L'interdiction de messages publicitaires pour les produits alimentaires, notamment sucrés, dans les programmes pour enfants fait l'objet de débats récurrents.

Le point de vue des chercheurs

Les modes de vie dans les sociétés contemporaines seraient propices au développement d'épidémie d'obésité du fait d'une part de l'augmentation de l'offre alimentaire et sa densité calorique et, d'autre part, de la baisse des opportunités d'activité physique et de l'incitation à la sédentarité.

La contribution respective de la baisse de la dépense énergétique et de l'accroissement de l'absorption calorique sur l'épidémie de prise de poids a été étudiée par l'australien Swinburn [6]. Cette équipe a

comparé la prise de poids de la population américaine entre les années 1970 et 2000. La prise de poids mesurée sur cette période est de 4 kg pour les enfants et de 8,6 kg pour les adultes. La première conclusion de ces auteurs est que l'accroissement de l'offre calorique suffit à expliquer la prise de poids aux Etats Unis. Leur deuxième conclusion est que le développement de la sédentarité dans la société américaine, (tertiarisation, automobiles et télévision) sont antérieures à l'épidémie d'obésité.

Selon l'INPES, des chercheurs (Carter et collègues) [7] ont comparé différentes politiques publiques de lutte contre l'obésité des enfants comme l'interdiction de la publicité alimentaire destinée aux enfants, des programmes en milieu scolaire, des initiatives pour favoriser la marche pour se rendre à l'école, la prise en charge des enfants en surpoids et la chirurgie gastrique pour les obèses. Il résulte de ces travaux que l'impact sur la santé de la population et la rentabilité des programmes sont extrêmement variables selon les approches.

Dans ce modèle, l'interdiction de la publicité alimentaire pour les enfants permettrait de gagner 37 000 DALY et de réaliser 300 millions de dollars d'économie par an, alors que le programme Pedibus (faire marcher les enfants jusqu'à l'école) permettrait de gagner environ 30 DALY et d'économiser 22 millions de dollars par an.

Une majorité d'experts s'est prononcée en faveur de l'interdiction de la publicité pour les produits gras ou sucrés à destination des jeunes enfants. L'OMS considère comme « probable », voire « convaincant », le lien entre la survenue de maladies et la publicité pour les produits alimentaires de haute densité énergétique [8]. En mars 2009, 22 associations et sociétés savantes ont demandé officiellement au Parlement dans un communiqué de réglementer la publicité télévisée pour les produits alimentaires à destination des enfants. Enfin, l'INPES dispose d'études montrant notamment que des enfants et des adultes augmentent significativement leur consommation alimentaire après avoir été exposés à des publicités alimentaires à la télévision [9], que c'est le contenu même des publicités télévisuelles moins que la sédentarité engendrée par la télévision qui favorise l'obésité [10], et que les mesures volontaires de régulation émanant des industriels eux-mêmes ont montré leurs limites d'efficacité [11]. Aucun avis public de l'INPES sur cette importante question n'est toutefois disponible.

Les représentants du secteur audiovisuel, pour lequel la publicité de produits alimentaires constitue une des principales sources de financement, contestent pour leur part les effets sur l'obésité de la suppression de la publicité alimentaire dans les programmes pour enfants. Les études et résultats disponibles sont interprétés en effet différemment par les experts et les représentants des intérêts économiques.

Par exemple, l'INPES indique qu'une étude récemment publiée en Suède [12] rapporte une diminution de la prévalence de l'obésité chez l'enfant de 10-11 ans, notamment chez les filles et qu'il y a donc eu une évolution favorable de l'obésité dans ce pays, où est interdite la publicité télévisuelle destinée aux jeunes enfants ; il souligne également que, parmi toutes les provinces du Canada, c'est au Québec, où toutes les publicités (quel que soit le produit promu) sont interdites auprès des moins de 12 ans depuis près de 30 ans, que la prévalence de l'obésité des enfants est la plus faible (avec l'Alberta, province riche).

L'association nationale des industries agroalimentaires (ANIA) utilise les mêmes exemples pour défendre la conclusion inverse : dans l'éditorial de sa lettre d'information du 3 avril 2009, l'ANIA indique que les mesures d'interdiction n'ont pas d'effet direct ou avéré sur le surpoids et l'obésité. « *En Suède, où la publicité alimentaire n'a jamais été utilisée sur les écrans jeunesse (enfants de moins de 12 ans), le taux de surpoids chez les enfants est similaire à celui de la France (18 %). Au Québec, où la publicité est interdite depuis 1980, le taux de surpoids infantile est passé de 11,5 % en 1981 à 29,4 % en 1991 : l'interdiction de la publicité alimentaire à la télévision n'a donc pas permis d'inverser la courbe de progression de l'obésité* ». Les représentants du secteur audiovisuel prennent également l'exemple du Québec pour récuser l'existence d'une corrélation entre la durée de la publicité alimentaire télévisée vue par les enfants et le développement de leur obésité : au Québec, « *où les enfants sont isolés de la publicité depuis trente ans : l'obésité infantile a quasiment doublé pendant la même période* ». [13]

Dans les faits, l'évolution de la prévalence du surpoids chez l'enfant est sous l'influence de nombreux

facteurs qui agissent de façon concomitante. L'association d'une interdiction de publicité alimentaire (souvent uniquement à la télévision) pour les enfants dans un Etat avec une évolution non favorable du surpoids ne suffit pas pour conclure qu'il ne faut pas l'interdire. Selon l'INPES, de nombreux autres facteurs entrent en jeu. Il faut, entre autres, étudier l'étendue de l'interdiction : les médias Internet, magazines enfants, affiches, publicité sur les lieux de vente, cadeaux promotionnels, personnages attachants associés à la marque, etc... Il existe également une porosité internationale. En cas d'interdiction de la publicité dans un pays, les annonceurs investissent alors dans des chaînes internationales à juridiction étrangère pour toucher les jeunes [14].

En tout état de cause le Conseil supérieur de l'audiovisuel considère pour sa part, comme l'a exprimé publiquement l'un de ses membres, que « *si la suppression de la publicité alimentaire dans les programmes pour enfants est loin d'être un instrument efficace dans le combat contre l'obésité, ses conséquences économiques seraient en revanche certaines sur notre secteur audiovisuel structurellement sous-financé : conséquences sur l'emploi, sur les chaînes de télévision, sur l'offre de programmes pour les enfants et sur le financement du cinéma. En effet, la publicité alimentaire et notre première industrie française, l'agroalimentaire, sont l'une des bases fondamentales du modèle économique audiovisuel, car elle assure aux diffuseurs les moyens nécessaires au développement de la création.* ».

Pour autant, les débats parlementaires à ce sujet sont récurrents. Lors de l'examen du projet de loi HPST, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale avait proposé un amendement interdisant la diffusion des messages publicitaires télévisés ou radiodiffusés portant sur les produits alimentaires sucrés pendant les émissions destinées aux enfants. Cet amendement a été refusé.

Une « négociation extrêmement ardue avec un certain nombre d'acteurs du secteur audiovisuel, d'annonceurs, de producteurs, d'industriels de l'agroalimentaire » [15] a été menée par le ministère de la santé qui a conduit à la signature le 18 février 2009 par les représentants de l'industrie agro-alimentaire pour 5 ans d'une charte visant à « promouvoir une alimentation équilibrée et une activité physique favorables à la santé dans les programmes et les publicités diffusées à la télévision », dont le CSA s'est vu confier le suivi. Dans ce cadre, a été développée une campagne intitulée « Trop la pêche », constituée de 10 programmes courts d'une durée d'une minute trente chacun qui ont été diffusées sur une quinzaine de chaînes, du 6 février au 7 mars 2010. 22 sociétés savantes et associations ont jugé cette charte inefficace « si on ne limite pas parallèlement le marketing à destination des enfants pour les aliments les plus riches ».

En mai 2010, un nouvel amendement a été déposé dans le cadre de l'examen du projet de modernisation de l'agriculture et de la pêche [16], qui n'a pas été davantage adopté.

Alors que l'obésité continue de se développer chez les enfants des familles les plus défavorisées [17] et chez les jeunes adultes, les mesures prises avaient jusqu'à présent, écarté les dispositions reconnues comme les plus efficaces par les experts internationaux, à savoir l'interdiction de la publicité ou la taxation de certains aliments, au bénéfice de messages incitatifs à une meilleure hygiène de vie. La toute récente décision du gouvernement de créer une taxe sur les boissons sucrées marque à cet égard une évolution positive.

B -Les ambiguïtés récurrentes de la prévention des risques liés à l'alcool

Les risques liés à la consommation d'alcool peinent toujours malgré leur importance à être pleinement pris en compte dans les politiques de prévention, notamment en ce qui concerne les produits vinicoles. Ainsi le projet actuel du gouvernement d'accroître la fiscalité et les prélèvements sociaux sur les boissons alcoolisées ne portera que sur les alcools forts et non sur le vin.

D'abord créé par décret du 4 octobre 2005 [18], un conseil de modération et de prévention placé auprès des ministres chargés de la santé et de l'agriculture a été institué par l'article 69 de la loi n° 2006-11 du 5 janvier 2006 d'orientation agricole et un décret du 14 février 2006 [19]. Ce dernier prévoit qu'il s'agit d'une « *instance de dialogue et d'échange qui ne se substitue pas aux instances qualifiées en matière de santé publique ou de politique agricole. Il assiste et conseille les pouvoirs publics dans l'élaboration et la*

mise en place des politiques de prévention en matière de consommation d'alcool ».

Cet organisme est composé de huit parlementaires, de huit représentants des ministères et des organismes publics, de huit représentants d'associations et d'organismes intervenant notamment dans le domaine de la santé, de la prévention de l'alcoolisme et de la sécurité routière et enfin de huit représentants des entreprises et organisations professionnelles des filières vitivinicoles. Il est consulté sur les projets de campagnes de communication publique relative à la consommation des boissons alcoolisées et sur les projets de textes législatifs et réglementaires intervenant dans son domaine de compétence.

Les professionnels de la santé publique perçoivent ce conseil comme une instance de protection des intérêts viticoles [20]. La campagne sur un site internet préparée par l'INPES dénommée « alcool info service » a conduit en 2010 le conseil à adresser au ministère de la santé un courrier demandant des modifications de cette campagne, désapprouvant les conditions de sa consultation et enfin regrettant la stigmatisation du vin [21]. Une requête en référé avait été déposée à l'encontre de cette campagne devant le tribunal administratif de Paris par des représentants de la profession viticole dès son ouverture le 12 avril 2010 au motif notamment que les membres du conseil de la modération et de prévention n'avaient pas reçu les éléments d'information nécessaires à son examen.

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale avait proposé dans le cadre de l'examen du projet de loi HPST un amendement supprimant le conseil de modération et de prévention [22]. Celui-ci n'a pas été adopté.

Le caractère multifactoriel des déterminants de santé comme la diversité des populations auxquelles les actions de prévention s'adressent, justifient une vision interministérielle et transversale de cette politique. Le cloisonnement et la dispersion des responsabilités au niveau central entrave l'affirmation d'une politique de prévention forte et ne peut que faciliter des contre stratégies de la part des intérêts économiques pour atténuer l'efficacité des mesures décidées. La mise en place récente des ARS ne permet pas d'apprécier dans quelle mesure ces structures seront à même de promouvoir une dynamique locale en faveur de la prévention et de coordonner les très nombreux acteurs locaux qui y contribuent.

Recommandation n° 7 : Afin de mettre en cohérence l'ensemble des plans concernant la prévention sanitaire, arbitrer les éventuels conflits d'intérêts et renforcer l'efficacité du pilotage de cette politique, donner au DGS les compétences de délégué interministériel à la prévention sanitaire.

Notes

[1] Brownell, K.D., et al., Personal responsibility and obesity : a constructive approach to a controversial issue. Health Aff (Millwood), 2010.

[2] Abrams DB, Orleans CT, Niaura RS, Goldstein MG, Prochaska JO, Velicer W. Integrating individual and public health perspectives for treatment of tobacco dependence under managed health care : a combined stepped-care and matching model. Ann Behav Med 1996.

[3] Arwidson P. Melihan Cheinin P. Evaluation en prévention. Exemples dans le domaine du tabac, de l'alcool et de la nutrition. In Bourdillon F (eds). Traité de prévention. Paris, Médecine-Sciences Flammarion, 2009, page 115-122.

[4] Traité de prévention. F. Bourdillon (sous la direction de). « La prévention et les lobbies ». Bernard Basset, directeur adjoint de l'INPES.

[5] Idem.

[6] Swinburn, B., G. Sacks, and E. Ravussin, Increased food energy supply is more than sufficient to explain the US epidemic of obesity. *Am J Clin Nutr*, 2009. 90(6) : p. 1453-6.

[7] Carter, R., et al., Assessing cost-effectiveness in obesity (ACE-obesity) : an overview of the ACE approach, economic methods and cost results. *BMC Public Health*, 2009.

[8] OMS. Diet, nutrition and the prévention of chronic diseases. Genève, 2003.

[9] Harris et al. Priming effects of TV food advertising on eating behavior. *Health Psychology*, 2009, 28 n° 4, 404-413.

[10] Zimmerman et al. Association of TV content type and obesity in children. *American Journal of Public Health*. 2010, 100, n° 2, 334-340.

[11] Hawkes C. Self-regulation of food advertising : what it can, could and cannot do to discourage unhealthy eating habits among children. *Nutrition Bulletin*. 2005, 30, 374-382.

[12] Sjoberg et al. Recent anthropometric trends among Swedish school children : evidence for decreasing prevalence of overweight in girls. *Acta Paediatr* ISSN 0803-5253.

[13] « Lutte contre l'obésité infantile : les paradoxes de la télévision, partenaire d'une régulation à la française ». Christine Kelly, membre du CSA. *Le Monde*. 17 février 2010.

[14] Le même phénomène a été observé en France : la publicité pour les marques de cigarettes était diffusée via des événements sportifs, comme les courses de formules 1 se déroulant dans un autre pays, mais diffusées en France.

[15] Assemblée nationale. Compte-rendu intégral des débats. Deuxième séance du lundi 9 mars 2009.

[16] Amendement n° 594 visant à insérer un article additionnel ainsi rédigé : « La publicité pour les produits alimentaires est interdite dans les programmes de télévision destinés aux enfants de moins de treize ans ». Compte-rendu intégral des débats de la séance du 20 mai 2010.

[17] IGAS. Evaluation du PNNS 2. Avril 2010.

[18] Décret n° 2005-1249 du 4 octobre 2005 portant création du Conseil de modération et de prévention.

[19] Décret n° 2006-159 du 14 février 2006 portant création du Conseil de modération et de prévention.

[20] Traité de prévention. F. Bourdillon (sous la direction de). La prévention et les lobbies. B. Basset. Communiqué de presse du 2 novembre 2005 de l'ANPAA : lettre ouverte au premier ministre et ministre de la santé de l'ANPAA, de la SFA, de la F3A, de CNUEA, de la FNES, de la société française de santé publique.

[21] Conseil de modération et de prévention. Procès-verbal. Projet n° 3. Réunion plénière du 6 avril 2010.

[22] Assemblée nationale. Compte-rendu n° 39 de la réunion de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales du jeudi 5 février 2009.

