

FR



COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES

Bruxelles, le ... 2007
COM (2007)

DOCUMENT DE TRAVAIL DES SERVICES DE LA COMMISSION

Document accompagnant le

**Livre blanc de la Commission à l'intention du Parlement européen et du Conseil
Stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge
pondérale et l'obésité**

Résumé de l'ÉVALUATION D'IMPACT

**{COM(2007) 279 FINAL
SEC(2007) 706}**

FR

FR

1. DEFINITION DU PROBLEME

D'après l'OMS, une alimentation déséquilibrée et le manque d'exercice physique sont à l'origine de 6 des 7 principaux facteurs de risque de maladie en Europe (voir graphique 1 en annexe). On estime que 80% des maladies cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux et du diabète de type 2 et 40% des cancers pourraient être évités si les facteurs de risque communs liés au mode de vie étaient éliminés (y compris le tabagisme).

Il est démontré, au vu de la tendance croissante à l'obésité et à la surcharge pondérale, que l'Union européenne connaît une détérioration des régimes alimentaires et des niveaux d'activité physique. Les données indiquent que sur les 27 États membres, 19 ont déjà enregistré des IMC moyens supérieurs au niveau sain qui est de 25 kg/m² (voir graphique 2 en annexe).

Si cette tendance connaît une croissance linéaire et s'il n'y a aucune intervention, on estime que la prévalence de l'obésité dans l'UE-27 atteindra 20,1% en 2020 (voir graphique 3 en annexe).

Au vu des postulats qui sous-tendent les calculs ci-dessus, il s'agit probablement de prédictions prudentes. Par exemple, à la fin des années 80, les États-Unis ont enregistré une courbe beaucoup plus accentuée. Deuxièmement, l'analyse ne tient pas compte de la façon dont l'obésité et la surcharge pondérale affectent de plus en plus les enfants. Il est démontré que l'obésité infantile connaît une hausse constante, la plus forte prévalence étant enregistrée dans les pays du Sud de l'Europe (voir graphiques 4 et 5 en annexe).

La prévalence de l'obésité semble augmenter à l'âge adulte, touchant avant tout les quinquagénaires et les sexagénaires. Les variations selon le sexe ne sont pas uniformes en matière d'obésité.

L'apport en sel est un autre aspect de la nutrition à l'origine de maladies (notamment les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux). Les données semblent indiquer que l'apport en sel dans l'Union européenne est considérablement plus élevé que l'apport recommandé de 5 grammes de chlorure de sodium par jour, puisqu'il avoisine les 9-11 grammes par jour, dont une grande partie provient de produits transformés. Les programmes globaux à long terme visant à réduire la consommation du sel se sont avérés très efficaces et bénéfiques pour la santé. Par exemple, dans le cadre du projet de Carélie du nord en Finlande, une réduction moyenne de 30-35% de l'apport en sel sur 30 ans en Finlande a permis une chute spectaculaire de 75 à 80% de la mortalité due aux accidents vasculaires cérébraux et aux maladies coronariennes chez les moins de 65 ans.

Les causes d'une alimentation déséquilibrée, du manque d'activité physique et de l'augmentation de la surcharge pondérale et de l'obésité sont complexes et multifactorielles et sont liées à des facteurs aussi divers que le commerce international, la politique agricole, les connaissances, la mentalité, l'éducation alimentaire, ainsi que la disponibilité des choix alimentaires, les possibilités de faire de l'exercice physique et la motivation, lesquelles sont à leur tour influencées par l'environnement physique, la politique de l'école, les habitudes familiales, etc.

Il est prouvé que les Européens mangent davantage et que leur régime alimentaire n'est pas équilibré. Les chiffres de l'Organisation pour l'alimentation et l'agriculture tendent à indiquer qu'entre 1961 et 2001, l'énergie fournie par l'alimentation a augmenté de 15% en Europe. Les

données montrent également que le pourcentage de l'énergie totale tirée des graisses consommées a très légèrement augmenté entre 1996 et 1998 et que l'apport en fruits et légumes est bien inférieur aux niveaux recommandés dans la plupart des pays. Ces augmentations de la consommation alimentaire, aussi faibles soient-elles, peuvent aisément entraîner une prise de poids ou d'autres effets sur la santé. Il existe peu de données sur les tendances en matière d'activité physique, mais celles dont on dispose montrent que les niveaux actuels d'activité sont bien en-deçà de ceux recommandés pour la santé.

2. ARGUMENTS EN FAVEUR D'UNE ACTION AU NIVEAU EUROPEEN

Le Conseil a lancé de nombreux appels à la Commission pour qu'elle intervienne davantage dans ce domaine. L'Union européenne dispose de toute une série de compétences et d'une législation qui contribuent à façonner l'environnement pour le rendre propice à des décisions bénéfiques pour la santé au niveau des États membres, Citons notamment la législation en matière alimentaire, l'élaboration de programmes dans les secteurs agricoles, les Fonds structurels, la recherche, la politique urbaine et en matière de transport, ou encore les médias.

L'amélioration de la nutrition et des niveaux d'activité physique dans les États membres comporte des aspects transnationaux et revêt un intérêt particulier pour le marché intérieur, par exemple, la vente transfrontalière de produits agricoles et manufacturés. En ce qui concerne les aspects transnationaux, les fabricants de produits alimentaires ont réduit la teneur en nutriments (tels que le sel) de leurs produits pour certains États membres, mais pas pour d'autres. Ainsi, dans certains pays, un panier de produits manufacturés comportera un plus grand risque d'hypertension et de accident vasculaire cérébral que le même panier dans un autre pays. L'action communautaire peut permettre d'éviter les divergences intra-européennes en harmonisant les règles pour les fabricants d'aliments et les détaillants. Il est probable qu'un dialogue unique avec ces acteurs sous l'égide de l'Union européenne – plutôt que plusieurs dialogues distincts au niveau des États membres – produise des économies d'échelle bénéfiques pour toutes les parties concernées.

Bien que les États membres prennent de plus en plus de mesures, l'obésité et la surcharge pondérale montrent peu de signes de ralentissement. En fait, l'obésité et la surcharge pondérale augmentent partout à des rythmes différents. Cela prouve l'existence de facteurs à l'échelle communautaire ou mondiale qui influent sur la situation et qui doivent faire partie de la réponse.

L'action actuelle au niveau communautaire a élargi le consensus politique et l'action de nombreux acteurs. La table ronde de 2004 sur l'obésité et la plate-forme de 2005 sur l'alimentation ont créé une dynamique que certains États membres n'avait jamais observée. Les opérateurs économiques ont eu des réactions différentes face à une action au niveau européen, qui suppose une reconnaissance de leurs efforts, et face à la coopération et au défi qui leur est lancé d'améliorer leur jeu. En outre, la coordination et l'action au niveau européen ont le pouvoir d'étendre à tous les États membres de l'Union européenne les gains acquis en moins de cinq ans en matière de santé dans des pays comme la Finlande (initiatives pour la réduction de la consommation du sel et en matière de santé cardiaque) et la Pologne (initiatives pour la réduction des graisses et en matière de santé cardiaque).

Les démarches que les pays adoptent actuellement pour lutter contre les problèmes liés à la nutrition et à l'activité physique sont très différentes. Par exemple, le Danemark et la Norvège ont tous deux abordé le problème de la réduction des acides gras trans dans les aliments sous

un angle différent. Le Danemark a adopté une démarche régulatrice, tandis que la Norvège a opté pour des méthodes volontaires. Il semblerait que les résultats obtenus soient similaires.

3. OBJECTIFS

L'objectif général est de réduire les effets sur la santé et sur l'économie des régimes alimentaires déséquilibrés et du manque d'activité physique et de contribuer ainsi à une société plus saine, à une productivité plus forte et à un développement économique durable, conformément aux objectifs énoncés dans l'objectif du Conseil européen de Lisbonne pour plus d'années de vie en bonne santé.

Plus précisément, l'objectif de la Commission européenne est d'aider les États membres à améliorer les régimes alimentaires et le niveau d'activité physique de la population européenne, et notamment de réduire la prévalence de l'obésité et de la surcharge pondérale. La réduction de la prévalence de l'obésité est un objectif clef à moyen terme (ainsi qu'un indicateur de réussite).

3.1. Les options

Les options A et B sont des options distinctes qui s'excluent mutuellement. Les options C et D sont cumulatives.

En vertu de l'article 152, la Commission doit œuvrer en faveur d'une forte cohérence entre toutes ses politiques et tous ses objectifs en matière de santé publique. Par conséquent, toutes les options sont concernées par l'intégration des politiques dans tous les services de la Commission.

- **A Pas d'activité au niveau européen:** dans ce cas de figure, les décisions et initiatives politiques sont largement laissées à l'appréciation des États membres et des parties prenantes, sans aucune coordination au niveau européen. Les actions existantes seraient abandonnées.
- **B Le statu quo:** l'Union européenne continuerait à faciliter le dialogue entre les parties prenantes par l'intermédiaire de la plate-forme européenne et du réseau relatif à l'alimentation et à l'activité physique aussi longtemps que l'on estimera que ces instances apportent une valeur ajoutée; elle continuerait également à financer des projets au titre du Programme de santé publique.
- **C Une stratégie globale à l'échelle européenne:** avec cette option, qui s'inspire de l'option B, l'objectif serait de développer l'action au niveau communautaire, mais aussi aux niveaux local et régional, à l'intérieur des États membres, et par de nouveaux circuits qui ne sont normalement pas réceptifs aux approches novatrices. Cette option chercherait à mettre l'accent sur des mécanismes volontaires, sans pour autant porter atteinte à l'action de la Commission dans les domaines où des cadres législatifs sont déjà en place, par exemple l'étiquetage nutritionnel. Elle chercherait plutôt à renforcer ces domaines en favorisant les actions volontaires complémentaires.
- **D Une démarche purement réglementaire:** s'inspirant de l'option B, cette option chercherait à renforcer le cadre législatif dans les domaines politiques qui s'y prêtent (comme par exemple, les restrictions imposées à la publicité s'adressant aux enfants ou la reformulation) plutôt que de privilégier l'action des parties prenantes dans ces domaines.

4. ANALYSE D'IMPACT

4.1. Répercussions économiques

En 2002, les coûts annuels directs et indirects totaux de l'obésité dans l'UE-15 sont estimés à 32,8 milliards d'euros. D'après une étude réalisée en 2005, les coûts directs et indirects de l'obésité ($IMC \geq 30\text{kg/m}^2$) sont estimés à 0,3% du PIB de l'UE-15. Si l'on extrapole ce chiffre pour l'adapter à l'UE-25¹, en utilisant les chiffres du PIB de 2005, le coût de l'obésité se chiffre à 40,5 milliards d'euros par an et le coût de l'obésité et de la surcharge pondérale s'élève, pour l'UE-25, à 81 milliards d'euros, en partant de l'hypothèse (fondée sur des données britanniques) que le fait d'ajouter le coût de la surcharge pondérale double le coût de l'obésité.

Ces chiffres sous-estiment le coût d'une mauvaise alimentation et d'un manque d'activité physique parce que (1) la prise de poids n'est qu'un effet d'une mauvaise alimentation et d'un manque d'activité physique, (2) les études ne considèrent généralement pas les conséquences de la prise de poids chez les enfants, (2) même si l'on s'en tient au coût de l'obésité, les estimations ne prennent pas en compte les coûts supplémentaires liés à d'autres affections, telles que le mal de dos et la dépression, des affections aggravées par la prise de poids, et (4) certains coûts intangibles liés à la souffrance physique, à la perte de qualité de vie et à la mortalité prématurée sont difficiles à quantifier.

L'impact des actions sur l'industrie alimentaire

L'analyse de l'impact sur l'industrie se concentre sur l'industrie des aliments et des boissons, deuxième plus grand secteur manufacturier après l'industrie métallurgique en 2001, qui représente 11% de la valeur ajoutée totale dans le secteur manufacturier européen et 13% de l'emploi.

La structure du secteur est importante: un certain nombre de grandes entreprises alimentaires dominant le marché. Les entreprises alimentaires les plus importantes – 1% de l'ensemble des entreprises – emploient 39% de la main-d'œuvre et représentent 51% du chiffre d'affaires du secteur.

Certaines actions (si elles parviennent à modifier les préférences des consommateurs) pourraient réduire la consommation de certains aliments, tels que les aliments à forte teneur énergétique, et augmenter la consommation d'autres aliments, comme les fruits et les légumes. Pour l'industrie, cette perspective comporte des coûts et des avantages potentiels. Des coûts, parce que cela entraînerait une baisse des ventes et porterait un coup à l'image de marque des aliments qui sont moins consommés ou qui font l'objet d'une publicité moindre. Mais comme l'indique un rapport de JP Morgan, «il y a là une occasion pour les marques qui incarnent réellement la 'santé' et le 'bien-être' de construire un avantage concurrentiel à long terme, qui devrait se traduire par une progression durable des ventes et par une augmentation de la marge de profit.»

L'idée que les entreprises qui répondent aux préoccupations en matière de santé seront récompensées sur la place du marché repose sur la capacité d'adaptation aux tendances, bien établie dans le secteur de la transformation des aliments. Dans l'ensemble, 18 des 24 sous-secteurs qui connaissent la plus forte croissance et 6 des 7 sous-secteurs qui enregistrent un taux de croissance à deux chiffres concernent les domaines de la santé et du bien-être tels que

¹ Le PIB pour l'UE-27 n'est pas disponible.

le consommateur les perçoit, au point que ces sous-secteurs agissent désormais comme principal moteur de croissance pour le secteur. Inversement, le rapport indique également les sous-secteurs perçus par le consommateur comme étant moins sains et qui enregistrent à présent un ralentissement ou une baisse de la croissance.

D'autres impacts importants pour l'industrie incluent le coût potentiel pour les différents secteurs médiatiques (télévision, publication, etc.) qu'entraînerait une réduction de la publicité des aliments et des boissons à forte teneur en graisses, en sel et en sucres destinée aux enfants.

4.2. Incidences sur l'environnement

Les actions qui favorisent l'activité physique en encourageant les «déplacements domicile-travail actifs», soit au moyen de campagnes de sensibilisation, soit à l'aide de fonds de la Commission pour améliorer l'infrastructure propre aux déplacements à vélo ou à pied, devraient avoir un impact favorable sur l'environnement en diminuant la demande de transport motorisé.

Dans d'autres domaines, si des actions futures entraînent des changements de la politique agricole commune dans des secteurs comme les fruits et les légumes, ou encore le lait, il se peut qu'il y ait des impacts sur l'environnement liés à l'utilisation du sol. Des actions telles que l'établissement de partenariats ou les campagnes de sensibilisation et la reformulation ou les changements en matière de publicité ne devraient pas avoir d'incidences négatives sur l'environnement.

4.3. Incidences sur la société

Les données indiquent également que de mauvaises habitudes alimentaires et le manque d'activité physique, s'ils entraînent l'obésité, sont un problème qui concerne certains groupes, notamment ceux dont le niveau d'éducation est plus bas, ceux qui appartiennent aux catégories sociales moins élevées et ceux qui souffrent d'un manque d'estime. Il ressort de la littérature existante en la matière que:

- une corrélation inverse existe entre l'IMC et l'éducation dans environ la moitié des groupes de la population masculine uniquement et dans pratiquement tous les groupes de la population féminine;
- l'obésité et le diabète sont tous deux plus fortement liés aux indicateurs d'inégalité (par exemple, les coefficients de Gini relatif au revenu) qu'au revenu national moyen;
- le statut social et l'estime de soi, tels qu'ils sont perçus, sont également liés d'une façon qui donne à penser qu'il existe un lien avec le comportement en matière de santé, ce qui rejoint certaines études selon lesquelles la plupart des résultats en matière de santé sont liés au statut social.

L'impact social des stratégies visant à réduire la surcharge pondérale et l'obésité est donc lié aussi bien à l'inclusion sociale qu'à la non-discrimination. À la discrimination et au désavantage social associés à l'obésité, s'ajoute la corrélation entre l'obésité et la surcharge pondérale, d'une part, et le statut socio-économique, d'autre part.

5. COMPARAISON DES OPTIONS

5.1. Comparaison succincte des options

Comme l'indique le tableau ci-après, la Commission dispose d'un éventail de mesures susceptibles d'apporter une valeur ajoutée aux actions des États membres et de contribuer à l'objectif consistant à améliorer la nutrition et l'activité physique et à réduire l'obésité et la surcharge pondérale. Le tableau ci-après résume les points forts et les points faibles associés aux quatre options.

Tableau 1: Récapitulatif des points forts/points faibles associés aux quatre options

Option	Points forts	Points faibles
A (abandonner)	Des ressources sont libérées et peuvent être consacrées à d'autres priorités de l'UE en matière de santé publique	Pas de contribution au niveau européen dans un certain nombre de domaines qui ont une influence sur les régimes alimentaires et l'activité physique Ignore les demandes du Conseil et du Parlement Pas de coordination des parties prenantes, les États membres sont livrés à eux-mêmes
B (statu quo)	Poursuite des actions actuellement entreprises par les parties prenantes (généralement perçues comme étant positives) Pas de nouveau risque	Pas d'orientation stratégique commune pour tous les acteurs au niveau européen Pas de promotion de forums réunissant les parties prenantes au niveau des États membres et au niveau local Occasion manquée pour la Commission d'aider les États membres à s'attaquer au problème
C (approche volontaire)	Cadre commun pour tous les acteurs Il peut être plus facile de renforcer la cohérence entre les politiques au niveau européen dans le cadre d'une stratégie européenne globale Possibilité d'identifier les	Coût de la participation aux réunions/réseaux supplémentaires des parties prenantes (États membres et acteurs privés) Le suivi nécessaire pour démontrer la mise en œuvre des actions est une tâche qui incombe davantage aux parties

	actions qui profitent à tous. Participation facultative des acteurs industriels selon les intérêts des entreprises, ce qui permet de limiter les coûts à quelques entreprises. Possibilité d'une réponse plus rapide	prenantes participantes
D (renforcement du cadre législatif)	Réponse uniforme à l'échelle européenne et de la part de tous les acteurs	Les coûts incombent à un plus grand nombre d'acteurs privés Peuvent être disproportionnés si les options volontaires qui profitent à tous suffisent à elles seules à résoudre le problème Délai d'attente d'une réponse plus long La législation peut devenir obsolète sur un marché en mutation constante

Aspects liés aux frontières

Les coûts, pour l'Union européenne, d'une absence d'action sont énormes: le chiffre de 80 milliards d'euros par an n'étant qu'une estimation prudente. Ce chiffre est de loin supérieur aux coûts qu'induiraient les options considérées.

6. OPTION PREFEREE

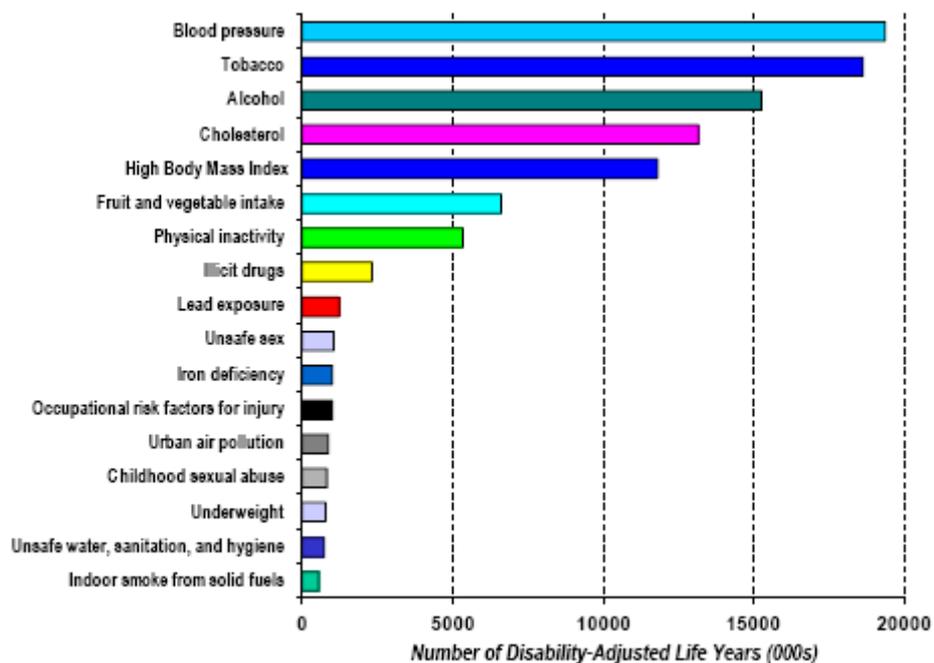
Une action plus énergique de la Communauté se justifie pleinement— ce qui porte le choix sur l'option C ou D. L'option C est préférée, car (i) il semble qu'elle pourrait s'avérer tout aussi efficace, (ii) en tant que démarche volontaire, elle pourrait donner des résultats plus rapidement, et (iii) la structure de l'industrie alimentaire est dominée par une poignée d'entreprises et il ressort des données du secteur industriel que ces entreprises tireront parti de la mise en œuvre d'actions dans ce domaine.

7. SUIVI ET EVALUATION

Le Livre blanc que la Commission prévoit de publier comportera des propositions visant à améliorer le suivi de l'alimentation et de l'activité physique, de l'état de santé et des actions entreprises à tous les niveaux, notamment en matière d'obésité et de surcharge pondérale. La prévalence de l'obésité sera un indicateur clef des progrès réalisés dans l'Union européenne, mais d'autres indicateurs seront retenus pour suivre les progrès accomplis dans la mise en place de systèmes volontaires au titre de l'option C.

8. ANNEXE

Graphique 1 Principaux facteurs de risque de maladie dans la région européenne

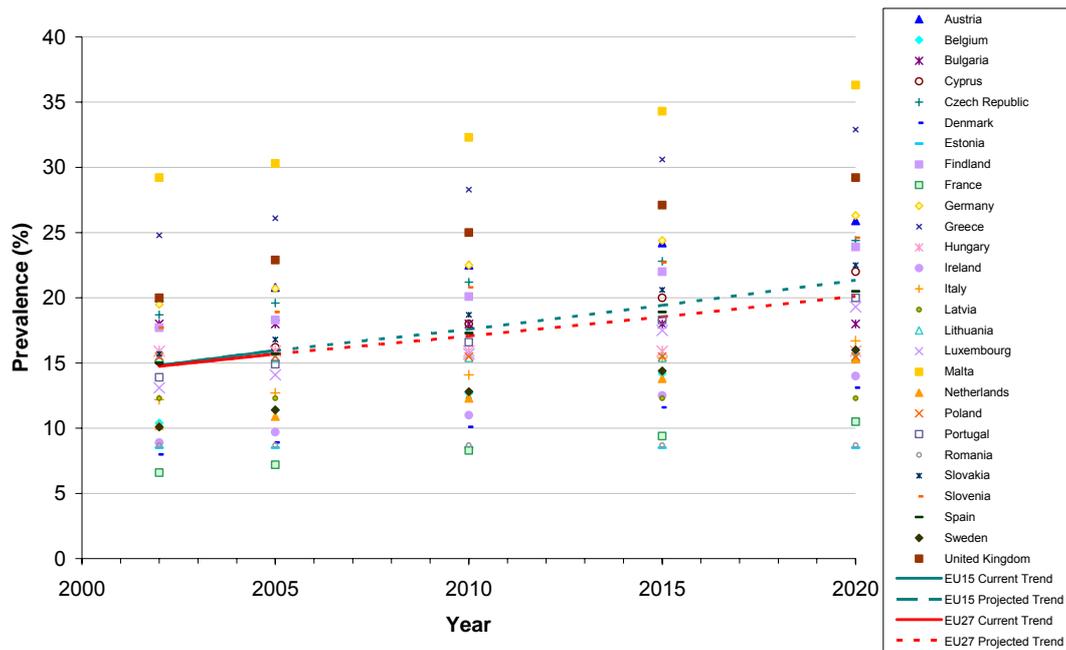


Source: Rapport de 2002 sur la santé dans le monde

Graphique 2: IMC moyen dans les États membres de l'UE

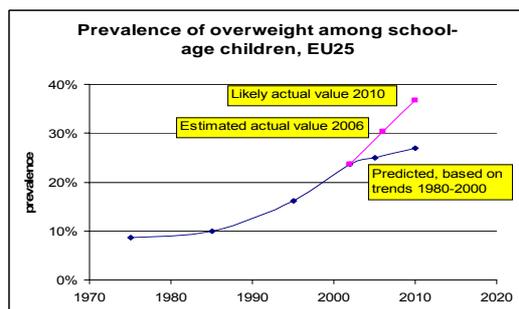
Overweight (BMI ≥ 25 kg/m²)

Graphique 3. Obésité en Europe: analyse de tendance



Source: Infobase de l'OMS et analyse de RAND Europe

Graphique 4: Prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants en âge scolaire, UE-25



Source: International Obesity TaskForce Child Obesity Report 2007

Graphique 5: Prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants en âge scolaire dans certains pays de l'UE-27, à partir d'enquêtes menées entre 1958 et 2003

