

CONCOURS OUVERTS LES 16, 17, 18 ET 19 JUIN 2026

**POUR L'ADMISSION AU CYCLE DE FORMATION DES
ELEVES-DIRECTEURS D'ETABLISSEMENTS
SANITAIRES, SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX**

4^{ème} EPREUVE D'ADMISSIBILITE

(Durée 4 heures – Coef. 4 si Majeure, Coef. 2 si Mineure)

Vendredi 19 juin 2026

SANTE PUBLIQUE

**CONCOURS EXTERNE et EXTERNE SPECIAL dit
« TALENTS »**

4^{ème} EPREUVE
SANTE PUBLIQUE - COMPOSITION
CONCOURS EXTERNE
ET CONCOURS EXTERNE SPECIAL DIT CONCOURS « TALENTS »

SUJET (17 pages):

« La nutrition : enjeux de santé publique ? »

SOMMAIRE :

Page 2 :

La lutte contre la dénutrition.

Agence Régionale de Santé Grand Est – 16 juin 2025

Page 5 :

L'obésité en France : un coût de 10,6 Mds€ par an pour la collectivité.

Asterès – Etude économique – mars 2023

Page 7 :

Programme national nutrition santé 2019-2023

Bilan de sa mise en œuvre – Ministère du travail, de la santé et des solidarités.

Page 11 :

Inégalités sociales face à l'alimentation en France – Quelles stratégies adopter ?

Nutrition/Site Diabète et obésité- Nicole Darmon - 7 mars 2025

Page 16 :

Enfants : réguler le marketing alimentaire

La santé en action – Marine Friant-Perrot -juin 2018

La lutte contre la dénutrition

Agence Régionale de Santé Grand Est

16 juin 2025



La lutte contre la dénutrition vise à prévenir les carences alimentaires qui fragilisent la santé, en ciblant particulièrement les populations vulnérables (personnes âgées, malades, enfants). Elle repose sur la sensibilisation, le dépistage et une prise en charge adaptée. Informez-vous sur les idées reçues et les recommandations pour mieux repérer et combattre la dénutrition.

Définitions de la dénutrition : pas si simple à repérer

Au-delà de 3 kg de perte de poids par rapport à son poids habituel, il faut consulter.

La dénutrition résulte d'un apport nutritionnel inférieur aux besoins de l'organisme. Elle est le plus souvent liée à une perte d'appétit en rapport avec une maladie aiguë ou chronique, ou un ensemble de facteurs favorisants (troubles de la mobilité, troubles bucco-dentaires, isolement social...).

Quelques maladies entraînent une mauvaise assimilation des aliments. La dénutrition se traduit par une perte de poids, principalement au détriment du muscle, que ce soit chez une personne initialement mince, de poids normal, en situation de surpoids ou d'obésité. La personne perd des forces.

Personnes âgées, enfants, adultes peuvent ainsi être concernés par la dénutrition.

On parle de dénutrition :

- Chez tout adulte qui **perd plus de 5 % de son poids en 1 mois**, ou 10 % en 6 mois.
- **En cas d'indice de masse corporelle inférieur à 18,5** chez l'adulte ou 21 chez les personnes de plus de 70 ans.
- **Chez l'enfant en cas de stagnation du poids ou de la taille**, voire d'amaigrissement.

Les principales conséquences de la dénutrition sont :

- **L'affaiblissement de l'immunité** avec une **augmentation du risque d'infection**.
- **L'affaiblissement physique** avec une perte de la force, des difficultés à la marche, des risques de chutes et de fractures.
- **Une baisse du moral et un risque de dépression**.
- **L'aggravation des maladies chroniques** et de la dépendance

Qui est touché par la dénutrition ?



Personnes âgées

4 à 10%

CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES
À DOMICILE (1+ 70 ANS)⁽¹⁾

40%

DES PERSONNES ÂGÉES
sont hospitalisées pour des
conséquences de dénutrition⁽²⁾

50%

DES PERSONNES ÂGÉES
HOSPITALISÉES
sont dénutries⁽²⁾

Malades

20 à 40%

CHEZ LES PERSONNES
HOSPITALISÉES⁽¹⁾

40%

DES MALADES CANCÉREUX
sont dénutris⁽²⁾

40%

DES MALADES
D'ALZHEIMER
sont touchés par la dénutrition⁽²⁾

Enfants

1 sur 10

ENFANTS HOSPITALISÉS
00X⁽¹⁾

50%

DE CES ENFANTS
ont moins de 3 ans⁽¹⁾

Asterès – L'obésité en France : un coût de 10,6 Mds€ par an pour la collectivité – Etude économique-mars 2023

RESUME

L'obésité est responsable chaque année de plus de 6,6 millions de pathologies, traitements et épisodes de soins, et de plus de 60 000 décès. L'obésité se définit comme une accumulation de graisse dans le tissu cellulaire sous-cutané accompagnée d'une modification du tissu adipeux et touche 17% de la population française adulte¹, soit plus de 8,5 millions de personnes

2. L'obésité est associée à de nombreuses autres pathologies ou états de santé et un certain nombre de cas peuvent lui être attribués. Ces cas, traitements, événements de santé indésirables ou décès causés par l'obésité sont appelés « complications de l'obésité » et sont évitables en réduisant sa prévalence. Asterès a estimé le nombre de cas et décès attribuables à l'obésité à l'aide de la notion épidémiologique du « risque attribuable à la population »

3. D'après les calculs d'Asterès, l'obésité est responsable en France chaque année d'environ 1,8 million de maladies cardio-neurovasculaires, 1,8 million d'affections ostéoarticulaires et musculaires, 1,7 million de maladies métaboliques, 830 000 maladies respiratoires, 160 000 cancers et presque 280 000 autres maladies. Les maladies cardio-neurovasculaires causées par l'obésité sont responsables chaque année d'environ 30 400 décès, les maladies métaboliques 22 100 décès, les cancers

8 100 décès et l'asthme grave une centaine de décès. La prise en charge de l'obésité et de ses complications représente un coût évitable pour l'Assurance maladie, les organismes complémentaires et les entreprises de 10,6 Mds€ par an, soit 1240€ en moyenne par individu concerné. Ce coût englobe le coût des hospitalisations pour prise en charge de l'obésité (2%), notamment la chirurgie bariatrique, et le coût des complications de l'obésité (98%). Cette estimation est conservatrice comparée aux estimations de la littérature (voir partie 6.1) car elle reflète le choix d'Asterès de ne chiffrer que les coûts effectivement évitables, c'est-à-dire les dépenses de santé qui seraient économisées (coût médical) et la production nette supplémentaire qui serait réalisée (coût socio-économique) si l'obésité était éradiquée de la population. Asterès ne comptabilise pas les coûts intangibles, ni le reste à charge, et se limite aux coûts de friction de l'absentéisme (arrêts de travail) et aux coûts de friction cumulés des décès concernant le coût socio-économique.

Ce coût évitable de l'obésité est réparti entre l'Assurance maladie (79%), les OCAM (13%) et les entreprises (9%) :

- Le coût pour l'Assurance maladie s'élève à 8,4 Mds€ par an, ce qui représente 5,0% du montant total remboursé par l'Assurance maladie en 2020. Ce coût comprend 5,4 Mds€ de soins de ville (65%), 2,2 Mds€ de soins hospitaliers (26%) et 0,8 Md€ d'indemnités journalières et prestations d'invalidité (9%). Ce coût a été obtenu en multipliant le coût moyen de chaque complication ou traitement de l'obésité par le nombre de cas attribuables à l'obésité. Les trois complications les plus coûteuses pour l'Assurance maladie sont le diabète (36% du coût), les cancers (12%) et la maladie coronaire (10%).

-Le coût pour les OCAM s'élève à 1,3 Md€ par an, ce qui représente 4,5% des prestations versées par les OCAM à leurs assurés en 2020. Ce coût comprend 1,1 Md€ de soins de ville (82%) et 0,2 Md€ de soins hospitaliers (18%). Ce coût a été estimé à partir du coût pour l'Assurance maladie (hors dépenses ALD) en appliquant, pour chaque type de soin, le taux de prise en charge par l'assurance maladie complémentaire. Les trois complications les plus coûteuses pour les OCAM sont l'hypertension (20% du coût), la lombalgie (19%) et le syndrome de l'apnée du sommeil (15%).

- Le coût pour les entreprises s'élève à 0,9 Md€ par an. Ce coût comprend 0,5 Md€ de pertes nettes de production induites par les arrêts de travail (60%) et 0,4 Md€ de pertes nettes de production induites par les décès (40%). Ces coûts prennent en compte la compensation d'une partie de l'activité par les collègues en cas d'absence (à hauteur de 56% en moyenne selon une revue de littérature menée par Asterès⁴), et la possibilité pour une économie de s'adapter à long terme au décès d'un actif (par la formation, l'innovation technologique ou l'immigration), conduisant à des estimations plutôt conservatrices. Les trois complications les plus coûteuses pour les entreprises sont le diabète (24% du coût), les lombalgies (16%) et les cancers (12%).



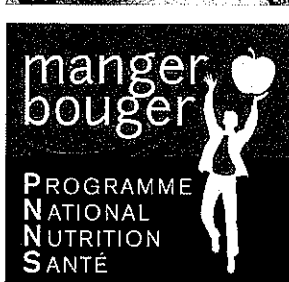
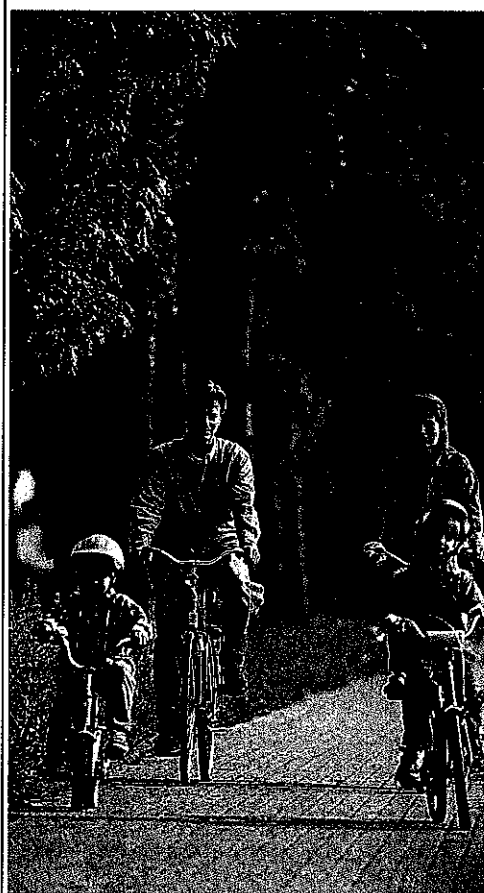
MINISTÈRE
DU TRAVAIL
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS

*Liberté
Égalité
Fraternité*

PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTÉ

2019-2023

BILAN DE SA MISE EN ŒUVRE



CONTEXTE

LE PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTE, POLITIQUE DE PREVENTION NUTRITIONNELLE DU GOUVERNEMENT DEPUIS PLUS DE 20 ANS

Depuis 2001, le Programme national nutrition santé (PNNS) définit la politique de prévention nutritionnelle du Gouvernement, afin d'améliorer l'état de santé de la population, à travers la nutrition, au sens de l'alimentation et de l'activité physique. Lancé en 2019 en articulation avec le Programme national de l'alimentation (PNA) piloté par le ministère chargé de l'agriculture, le PNNS 4 vise à améliorer les comportements nutritionnels ainsi que l'environnement alimentaire et physique, dans une approche d'universalisme proportionné pour lutter contre les inégalités sociales. Structuré en 5 axes et 56 actions, ce programme est le fruit d'une collaboration multipartite, du local au national. Piloté par la direction générale de la Santé (DGS), le PNNS est un plan interministériel s'appuyant sur l'expertise des agences sanitaires (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, Haut Conseil de la santé publique, Santé publique France, etc.), de la société civile ainsi que des acteurs économiques.

PARTIE 1

UN ENVIRONNEMENT ET DES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES PLUS SAINS

Grâce à la mobilisation de nombreux acteurs, tant à l'échelle nationale que locale, la mise en œuvre du PNNS 4 a permis de réaliser de nombreux progrès afin d'améliorer l'environnement alimentaire des Français et promouvoir l'adoption d'une alimentation plus équilibrée.

> Offre alimentaire

- 20 % de sel dans le pain courant depuis 2015, grâce à un engagement de l'ensemble de la filière de la boulangerie à travers la signature d'un accord collectif en mars 2022.

> Restauration collective

Une amélioration de la qualité de l'offre en restauration collective, alors même que celle-ci

joue un rôle de plus en plus important au sein des apports alimentaires des Français, et dans la lutte contre la précarité alimentaire.

4 guides publiés afin d'accompagner l'expérimentation du menu végétarien hebdomadaire en restauration scolaire, et 4 référentiels de formation des cuisiniers actualisés.

> Nutri-Score

Plus de **1 400** entreprises engagées en 2024 en faveur du Nutri-Score, soit + de 62 % des parts de marché.



Une évolution de l'algorithme de calcul du Nutri-Score, afin d'aider les consommateurs à réaliser des choix plus sains, en meilleure cohérence avec les recommandations alimentaires des pays européens.

> Recommandations nutritionnelles

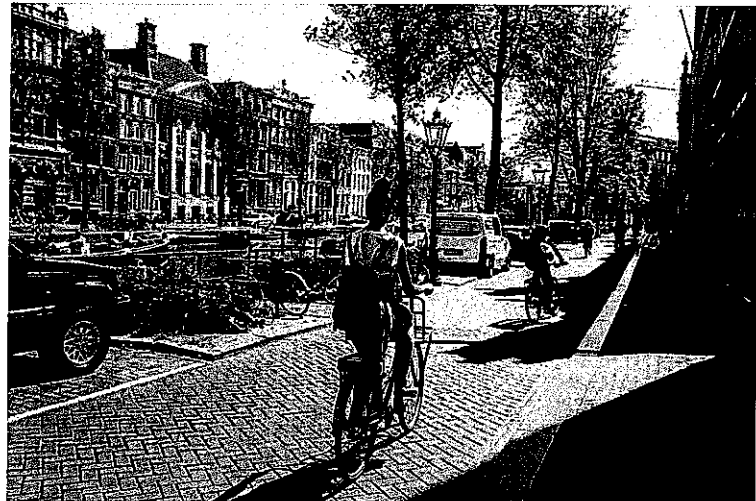
La diffusion des nouvelles recommandations nutritionnelles pour les adultes, les jeunes enfants (0-3 ans), les enfants et les adolescents par Santé publique France.

91 % des enfants ont débuté la diversification alimentaire dans la fenêtre recommandée (entre 4 et 6 mois) en 2021 contre 80 % en 2012.

> Mobilisation des entreprises et des collectivités

158 collectivités et **21** entreprises actuellement signataires d'une charte d'engagements du PNNS, pour déployer des actions sur l'alimentation saine et l'activité physique et sportive, et la lutte contre les comportements sédentaires des employés et habitants.





60 projets et actions menés par les signataires de

la charte valorisés et **52 310** visiteurs sur le site internet du Réseau d'Acteurs du PNNS.

> *Lutte contre la dénutrition*

17 % des EHPAD participants en 2023 à la Semaine de la dénutrition, qui touche 2 millions de personnes en France.

PARTIE 2

DE NOMBREUX PROGRES DANS LE DOMAINE DE L'ACTIVITE PHYSIQUE, Y COMPRIS POUR LA PRISE EN CHARGE DE PATHOLOGIES

En complément du pilier que représente l'alimentation comme levier de prévention nutritionnelle, le PNNS vise également à améliorer l'état de santé de la population à travers l'activité physique. Ainsi, la mise en œuvre du PNNS 4 a permis de faire des progrès sur la lutte contre la sédentarité, la promotion des mobilités actives et de l'activité physique, mais également sur le sujet de l'activité physique adaptée (APA) en étroite articulation avec la Stratégie nationale Sport Santé (SNSS).

> *Promotion des mobilités actives*

+ 48 % d'augmentation de la fréquentation des itinéraires vélos entre 2019 et 2023, grâce à l'action publique pour promouvoir les mobilités actives et les financements associés.

> *Promotion de l'activité physique et sportive, lutte contre la sédentarité*

1 campagne de marketing social « Faire bouger les ados » menée par Santé Publique France.

Déploiement du programme probant ICAPS, Intervention centrée sur l'activité physique et la sédentarité, à destination des jeunes dans 7 régions.

> *Renforcement de la prescription de l'activité physique adaptée (APA) pour les personnes atteintes de maladies chroniques*

1 nouvel encadrement réglementaire pour élargir le champ de la prescription de l'APA (maladies chroniques ; facteurs de risque tels que l'obésité, la sédentarité et l'hypertension artérielle ; perte d'autonomie).

1 parcours post-cancer mis en place, incluant un bilan d'activité physique.

25 expérimentations article 51 concernant l'APA, mobilisant ainsi **58,4 millions d'euros** sur le fond pour l'innovation du système de santé.

22 référentiels de prescription par pathologie et situation publiés par la Haute autorité de santé.

PERSPECTIVES

DES DEFIS A RELEVER DANS LES PROCHAINES ANNEES, NOTAMMENT DANS LE CADRE DE LA FUTURE STRATEGIE NATIONALE POUR L'ALIMENTATION, LA NUTRITION ET LE CLIMAT

Si le bilan du PNNS 4 permet de mettre en lumière de nombreuses réussites grâce à la mobilisation des acteurs ces 5 dernières années, alors même que nous avons été confrontés à des crises sanitaires, agricoles et socioéconomiques inédites, des défis restent à relever. Concernant le marketing alimentaire, l'exposition des enfants et adolescents aux publicités pour des produits trop gras, sucrés, salés autour des programmes jeunesse a diminué d'après les bilans de la charte alimentaire de l'ARCOM, mais ces programmes représentent moins de 0,5 % des programmes vus par les enfants en 2018. Lors de l'écoute conjointe, principal créneau d'exposition des enfants et adolescents à

la publicité alimentaire à la TV, **encore plus d'une publicité alimentaire sur deux promeut un produit Nutri-Score D ou E** sans amélioration sur ce créneau. Sur l'ensemble des publicités (alimentaires et non alimentaires) cela représente moins d'une publicité sur dix pour des produits D ou E.

Concernant les accords collectifs d'engagements volontaires de reformulation, **la réussite de la filière de la boulangerie ne s'est pas accompagnée de la signature d'autres accords**, alors même qu'il est essentiel d'améliorer plus largement la composition de l'offre alimentaire en sel, sucres, graisses saturées et fibres.

Dans le cadre du groupe de travail « Nutrition » du Conseil National de la Restauration Collective (CNRC), la **qualité nutritionnelle des repas servis en établissements scolaires et en établissements pénitenciers** est en cours de mise à jour selon les nouvelles recommandations du PNNS, mais les travaux doivent être poursuivis pour les autres populations comme la petite enfance et les personnes âgées.

Des défis restent également à relever sur le sujet de la **précarité alimentaire**. En lien avec le Pacte des solidarités, il s'agira de renforcer le travail autour d'une amélioration de la qualité nutritionnelle, notamment dans le cadre du programme annuel « Mieux Manger pour tous ».

Face aux enjeux liés à la **sédentarisation** croissante de nos modes de vie, aux inégalités sociales en matière de **pratique d'activité physique**, il est par ailleurs primordial de continuer d'agir par des mesures fortes en faveur de la promotion de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité.

La dynamique engendrée en France par l'organisation des Jeux Olympiques et Paralympiques en 2024 constitue ainsi un cadre favorable pour renforcer les efforts sur la promotion de la santé via l'activité physique, mais également sur une bonne hygiène de vie avec des comportements alimentaires favorables à la santé.

Prévue par la Loi Climat et Résilience d'août 2021, la **Stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat (SNANC)** contribuera à relever certains de ces défis. En effet, la SNANC définira les **orientations stratégiques de la politique du Gouvernement pour une alimentation saine et durable à l'horizon 2030**. Dans une perspective « Une seule santé », la SNANC aura pour objectif d'encourager la transition écologique des systèmes et comportements alimentaires et sera déclinée au travers des prochains PNNS et PNA. Cette stratégie devrait être publiée au second semestre 2024, et ses déclinaisons via les PNNS 5 et PNA 4 en 2025 pour une mise en œuvre jusqu'en 2030 en cohérence avec la SNANC.



Inégalités sociales face à l'alimentation en France – Quelles stratégies adopter ?

NUTRITION/ SITE DIABETE ET OBESITE

7 MARS 2025

NICOLE DARMON

Inégalités sociales de santé en France

De fortes inégalités sociales existent en France. En 2022, le niveau de vie des 10 % des ménages les plus riches était 7,2 fois supérieur à celui des 10 % les plus pauvres, selon l'Insee. Près de 9,1 millions de personnes vivaient sous le seuil de pauvreté monétaire et, selon Eurostat, un cinquième de la population est menacé de pauvreté et d'exclusion sociale¹.

1. *Ce qui correspond à vivre dans un ménage confronté à au moins un des trois risques de pauvreté et d'exclusion : la pauvreté monétaire, la privation matérielle et sociale grave et/ou la vie dans un ménage à très faible intensité de travail.*

Conséquences sur la santé

Ces inégalités influencent directement la santé. La Drees rapporte que le risque **de maladies chroniques** augmente avec la baisse du niveau de vie, à l'exception des cancers (2). **Le diabète** est 2,8 fois plus fréquent chez les 10 % les plus pauvres. Un gradient social de santé se manifeste également dans les taux **d'obésité** : 28 % chez les adultes plus pauvres contre 7 % chez les plus riches. Ce gradient, appelé gradient social de l'obésité, se manifeste dès l'enfance. Cette disparité résulte de l'accumulation de facteurs de risque liés au statut social tout au long de la vie, depuis le tabagisme pendant la grossesse, l'absence d'allaitement et les déséquilibres alimentaires pendant l'enfance et à l'âge adulte.

Insécurité alimentaire en France

L'insécurité alimentaire, définie comme l'absence d'accès régulier à une alimentation suffisante et nutritive, est souvent appelée "précarité alimentaire" en France, notamment par les associations et politiques de lutte contre la pauvreté. Elle touche principalement les jeunes, les femmes (notamment les

mères seules), les personnes à faible statut socio-professionnel ou à revenu modeste, et celles vivant dans des conditions précaires (logement non propriétaire, absence de véhicule, équipements limités) (2).

Les personnes concernées renoncent fréquemment aux soins pour des raisons financières et ne sont pas toujours pauvres selon les critères monétaires, mais elles font face à des difficultés économiques avec des charges importantes.

L'insécurité alimentaire en chiffres

L'étude INCA3 de l'Anses (2014-2015) estime que 12 % des enfants et 11 % des adultes, soit environ 8 millions de personnes, étaient en situation d'insécurité alimentaire (3). Ce chiffre est probablement sous-estimé en raison de la difficulté d'inclure les populations précaires dans les enquêtes de population générale.

Des études récentes montrent **une aggravation de l'insécurité alimentaire en France**, bien que les méthodes diffèrent. En 2023, l'Observatoire des vulnérabilités alimentaires estime que 37 % de la population est en situation d'insécurité alimentaire (4), triplant ainsi le chiffre de l'enquête INCA3 de 2014-2015. Le Secours populaire français rapporte qu'une personne sur trois ne peut pas toujours se procurer une alimentation saine en quantité suffisante (5).

Effets de la crise sanitaire et de l'inflation alimentaire

La crise sanitaire et l'inflation alimentaire record (+22,5 % entre octobre 2021 et octobre 2023 (6)) ont largement contribué à l'aggravation de l'insécurité alimentaire en France. **L'augmentation des prix alimentaires a particulièrement affecté les ménages les plus pauvres**, pour lesquels la hausse du coût de la vie représente 13 % de leurs ressources, contre moins de 5 % pour les plus riches (7). Une fracture alimentaire s'est accentuée, opposant des consommateurs contraints de réduire la qualité et la diversité de leur alimentation à des consommateurs plus aisés adoptant des pratiques alimentaires plus qualitatives.

Réponse institutionnelle à l'insécurité alimentaire

L'aide alimentaire

L'État français et l'Union européenne répondent à l'insécurité alimentaire principalement par le soutien financier au système d'aide alimentaire. Cette aide

se traduit encore majoritairement par des dons d'aliments distribués par des associations et des centres d'action sociale. Cependant, les critères d'accès et les modalités varient selon les structures délivrant l'aide.

Le nombre de bénéficiaires de l'aide alimentaire en France est incertain, mais **une fourchette estimée par l'Insee entre 2 et 4 millions de personnes fait aujourd'hui consensus** (8). Ce nombre est bien en dessous du nombre de personnes en situation d'insécurité alimentaire. Une personne sur quatre seulement aurait recours à l'aide alimentaire parmi les personnes en situation d'insécurité alimentaire.

Limites

Un rapport de Terra Nova de 2021 (9) souligne les limites structurelles de l'aide alimentaire, dépendante du bénévolat et des dons défiscalisés et qui engendre des inégalités d'accès. Le rapport liste et détaille les causes du non-recours : sentiment de honte, manque d'information, sentiment de non-légitimité, format et/ou contenu de l'aide inadapté aux besoins, critères d'accès trop restrictifs. Face à ces limites, le rapport recommande une approche préventive plutôt que curative...

Impact nutritionnel et déterminants des stratégies alimentaires des ménages défavorisés

L'insécurité alimentaire et la pauvreté monétaire en France sont liées à une alimentation de qualité nutritionnelle inférieure, notamment en fibres, vitamines et minéraux. Le principal facteur susceptible d'expliquer cette différenciation sociale des apports nutritionnels est la consommation de fruits et légumes. Pour la consommation des autres groupes d'aliments, les différences socio-économiques, quand elles existent, sont d'un ordre de grandeur inférieur à celui observé pour les fruits et légumes (11).

La consommation de fruits et de légumes

Ainsi, en France, selon les données de l'enquête INCA3, **les adultes en situation d'insécurité alimentaire et/ou ayant un faible revenu (déciles 1 et 2) consomment en moyenne moins que les 400 g recommandés** (correspondant au message « *mangez au moins 5 fruits et légumes par jour* » du programme national nutrition santé, le PNNS), voire beaucoup moins (230 g/j seulement pour

ceux en situation d'insécurité alimentaire sévère) alors que la consommation moyenne de ceux qui sont en situation de sécurité alimentaire avec des revenus modérés à forts (du décile 3 au décile 10) dépasse les 400 g recommandés (en incluant les soupes, mais pas les jus) (12). Les niveaux les plus élevés de boissons sucrées étaient également observés pour les adultes en situation d'insécurité alimentaire et/ou ayant un faible revenu (déciles 1 et 2).

La consommation de légumes frais

Ce sont surtout les légumes frais qui sont sous-consommés par les plus modestes, principalement à cause de leur périssabilité, leur qualité variable et le risque de gaspillage. De plus, les conditions de vie précaires, telles que le manque de temps, d'espace, d'équipement, ou l'absence de moyens de transport, limitent l'accès à ces produits. Contrairement aux idées reçues, les ménages pauvres cuisinent autant que les autres : une étude montre que 90 % des bénéficiaires d'épiceries sociales préparent quotidiennement leurs repas (13). Les ateliers de cuisine ne sont pas nécessaires pour leur apprendre à cuisiner, mais ils peuvent renforcer le lien social, la culture et l'estime de soi, tout en diffusant des messages de prévention nutritionnelle.

La structure des prix ne favorise pas une alimentation équilibrée

Les inégalités sociales en matière d'alimentation **sont accentuées par le facteur économique**, notamment parce que la structure des prix ne favorise pas une alimentation équilibrée. Les fruits et légumes, essentiels pour la santé, sont parmi les sources de calories les plus chères, tout comme la viande et le poisson. À l'inverse, les aliments gras, sucrés, salés (comme les chips et les biscuits) et les produits céréaliers raffinés (comme les pâtes ordinaires et le riz blanc) sont des sources de calories bon marché, mais moins nutritives. Ces aliments sont également attractifs pour les consommateurs à faible revenu en raison de leur prix bas, de leur praticité, et de leur longue durée de conservation.

Effet de l'inflation

L'inflation a creusé l'écart de coût entre les groupes d'aliments, augmentant davantage les prix des fruits, légumes, viandes, et poissons que ceux des produits céréaliers et sucrés. Même si les parts budgétaires des différents groupes alimentaires restent similaires, quel que soit le niveau de vie, les ménages modestes rencontrent plus de difficultés à accéder aux fruits et

légumes frais, pour lesquels la notion de premiers prix ou d'entrée de gamme est peu répandue, contrairement au cas des autres produits.

Ainsi, pour les ménages à faible revenu, le prix des aliments est à juste titre perçu comme un obstacle majeur à une alimentation saine, limitant l'adoption d'une alimentation équilibrée.

Conclusion

Les inégalités sociales induisent des inégalités nutritionnelles qui aggravent les inégalités sociales de santé. Les régimes alimentaires durables doivent tenir compte de toutes les dimensions de l'alimentation, évitant les raisonnements simplistes et respectant les principes d'équilibre, de diversité et de modération. Des politiques ambitieuses et coordonnées sont indispensables pour répondre à la double urgence climatique et sociale.

Enfants : réguler le marketing alimentaire

Marine Friant - Perrot,
maître de conférences HDR,
Université de Nantes

L'influence du marketing sur les comportements alimentaires est aujourd'hui établie et a donné lieu à l'adoption de recommandations de l'Organisation mondiale de la santé préconisant une réduction de la pression publicitaire. Le marketing se déploie sous différentes formes et est défini de manière très large comme « toute forme de communication commerciale ou de message commercial conçu dans le but ou ayant pour effet d'accroître la reconnaissance, l'attrait et/ou la consommation de produits ou de services particuliers » [1]. Si la télévision demeure le canal privilégié de diffusion de la publicité, les autres supports sont largement exploités et tout particulièrement le marketing digital (réseaux sociaux...). Cette exposition massive au marketing contribue plus particulièrement à influencer les choix alimentaires des enfants et adolescents qui sont particulièrement sensibles à l'utilisation de certaines techniques (utilisation de célébrités fictives ou réelles, jeux publicitaires...). La protection de ce public vulnérable est nécessaire en présence d'une surreprésentation des aliments gras, sucrés et salés au sein des produits promus¹.

L'influence du marketing sur les préférences alimentaires

Comme le montrent de nombreuses études, les enfants et les adolescents sont particulièrement séduits par les marques publicisées [2 ; 3]. Au-delà des produits promus, c'est la marque

elle-même qui suscite l'adhésion. Grâce notamment au neuromarketing (application des neurosciences cognitives au marketing et à la communication), les annonceurs « impriment » véritablement les attributs de la marque et agissent ainsi au niveau de la mémoire non consciente de ce public vulnérable [4].

Placement de produit et de marque dans les films et jeux vidéo, sponsoring, jeux publicitaires (advergaming), utilisation de personnages qui incarnent la marque, activité des marques sur les réseaux sociaux (Facebook, Twitter, YouTube, Instagram...) font partie intégrante de l'ensemble des actions marketing de certaines grandes marques internationales associées à des aliments ou des boissons nutritionnellement déséquilibrés.

Par ailleurs, l'exposition à la publicité ne permet pas seulement d'influencer les consommateurs en les amenant à consommer un produit d'une marque donnée, elle a aussi des effets au regard de l'ensemble de la catégorie des produits promus. Ainsi, une publicité pour une boisson gazeuse sucrée n'a pas seulement des incidences sur les achats des produits de la marque, elle amène aussi les enfants à consommer plus de soda en général [5].

Les recommandations de l'OMS

Dans le cadre du plan d'action de lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, l'Organisation mondiale de la santé a identifié la restriction du marketing alimentaire comme un levier d'action pour prévenir les maladies nutritionnelles. Elle se fonde sur des recommandations émises en 2010

L'ESSENTIEL

- ▶ L'Organisation mondiale de la santé a identifié la restriction du marketing alimentaire comme un levier d'action pour prévenir les maladies nutritionnelles.
- ▶ Des données incontestables montrent que la promotion de boissons sucrées et d'aliments très caloriques et pauvres en nutriments a un lien avec l'obésité de l'enfant.

sur la commercialisation des aliments et des boissons non-alcoolisées aux enfants, qui préconisent la prise en compte d'une acception large du marketing incluant deux dimensions : l'exposition aux messages promotionnels et la force persuasive des techniques utilisées (y compris le marketing digital). Par ailleurs, l'OMS rappelle que si les annonceurs peuvent être associés à la régulation du marketing, il est nécessaire d'agir dans l'intérêt public en évitant tout conflit d'intérêt. Or, si certains États ont adopté des mesures contraignantes de restriction du marketing à destination des enfants (Québec, Norvège, Suède, Royaume-Uni, Irlande, Chili, Mexique...), la plupart des pays s'orientent plutôt vers des mesures d'auto-réglementation qui se révèlent moins efficaces (public limité aux enfants de moins de 12 ans, exclusion de certaines techniques marketing, score nutritionnel peu strict...) et qui sont sources de conflits d'intérêts.

Rappelant que « des données incontestables montrent que la commercialisation d'aliments nocifs pour la santé et de boissons sucrées a un lien avec l'obésité de l'enfant », le rapport, publié en 2016, de la Commission pour

Dossier

Environnements favorables à une alimentation saine : une réponse aux inégalités ?



Les élèves de l'école maternelle Château-des-Semiers © Jean-Pierre Viguerie/Haute de Seine

mettre fin à l'obésité de l'enfant, mise en place par l'OMS, a interpellé les États en notant « avec inquiétude que les États Membres n'ont pas accordé l'attention qu'il convient à la résolution WHA63.14, adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2010 et les prie de traiter ce problème » [6].

France : où en sommes-nous ?

En France, la seule mesure réglementaire permettant de limiter l'effet du marketing alimentaire sur les enfants consiste depuis 2007 à obliger les annonceurs à insérer des messages sanitaires dans leurs publicités conformément à l'article L.2133-1 du Code de la santé publique [7 ; 8]. Cette mesure est complétée par une « charte visant à promouvoir une alimentation et une activité physique favorables à la santé dans les programmes et les publicités diffusés à la télévision », établie en 2009 et révisée en 2013, impliquant les acteurs privés et signée sous l'égide des pouvoirs publics. Ce compromis a été établi à la suite de l'abandon d'une proposition de la ministre de la Santé prévoyant d'interdire les publicités alimentaires pour les aliments non sains durant les programmes télévisés destinés aux enfants. L'idée d'un dispositif coercitif n'a néanmoins pas été abandonnée. L'adoption de la loi Gattolin n° 2016-1771 du 20 décembre 2016 relative à la suppression de la publicité commerciale dans les programmes jeunesse de la télévision publique s'inscrit dans ce cadre. Ce texte entré en vigueur le 1er janvier 2018 constitue une avancée car jusqu'à présent la France s'était refusée à interdire la publicité, même à destination des enfants. En légiférant dans ce domaine, la loi cible

particulièrement les publicités alimentaires pour les aliments non sains, sans pour autant restreindre son champ d'application à ces messages commerciaux. Si cette réforme est un premier pas vers une limitation de l'exposition des enfants à la publicité pour les aliments non sains, son impact sur la santé risque néanmoins d'être très limité. Tout d'abord, elle ne concerne que la publicité télévisée en direct ou en replay sur les chaînes publiques. Ensuite, peut-on encore considérer qu'il est efficace de réglementer la télévision sans que les autres supports (internet avec les fournisseurs de services de vidéo à la demande, plateformes de partage des vidéos type YouTube, réseaux sociaux etc.) auxquels sont de plus en plus exposés les enfants, soient concernés ? Enfin, en ne visant que les programmes destinés aux enfants de moins de douze ans, on exclut les programmes familiaux et le public adolescent.

Dans ce contexte, la politique nutritionnelle française se doit d'adopter une réglementation du marketing alimentaire intégrant l'ensemble des techniques marketing (e-communication comprise). Les enfants comme les adolescents doivent être tout particulièrement protégés au titre des droits de l'Enfant. En 2013, le Comité sur les droits de l'Enfant et le Haut-Commissariat aux droits humains ont clairement fait valoir que la réglementation du marketing alimentaire destiné aux enfants devait constituer une priorité de l'action des États dans leur lutte contre le surpoids et l'obésité infantiles, invoquant notamment le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible ou encore le droit de l'enfant au repos et aux loisirs. ■

1. En France, en 2012, d'après les données de l'enquête Kantar Media [2], les investissements publicitaires pour des aliments « gras, sucrés, salés » constituaient 46 % des investissements publicitaires alimentaires (soit 1,4 milliards d'euros) et 72 % des investissements publicitaires alimentaires réalisés sur les écrans télévisés jeunesse (soit 29,7 millions d'euros). Dans le classement des dépenses publicitaires tous médias confondus, le secteur alimentaire est au 6ème rang (7,8 %) au 1er trimestre 2017 sans tenir compte des dépenses publicitaires réalisées par la distribution (au 1er rang avec 15,2 %) qui portent principalement sur des denrées alimentaires.

2. Toute régulation du marketing nécessite un système de classement des aliments pour évaluer leur qualité nutritionnelle (profil nutritionnel).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] OMS. *Recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants*. Résolution WHA63.14 de l'Assemblée mondiale de la Santé.
- [2] Kantar Media. *Publicités alimentaires à destination des enfants et des adolescents*. Inpes 2014.
- [3] Cairns G., Angus K., Hastings G., and Caraher M. *Systematic reviews of the evidence on the nature, extent and effects of food marketing to children: A retrospective summary*. *Appetite*, 2013, vol. 62.
- [4] Courbet D., Fourquet-Courbet MP. *Non-conscious Effects of Marketing Communication and Implicit Attitude Change: State of Research and New Perspectives*. *International Journal of Journalism & Mass Communication*, 2014, 1: 103. En ligne, https://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic_00986662.
- [5] J. Halford et al. *Beyond-Brand Effect of Television Food Advertisements/Commercials on Caloric Intake and Food Choice of 5-7-Year-Old Children*. *Appetite*, 2007, vol. 49.
- [6] WHO. *Rapport de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant*. Recommandation 1.3. Genève, 2016.
- [7] Friant-Perrot M., Garde A., Chansay A. *Regulating Food Marketing: France as a Disappointing Example*. *European Journal of Risk Regulation*, 2017, 8(2), 311-326.
- [8] Garde A., Byrne S., Gokani N., Murphy B. *For a Children's Rights Approach to Obesity Prevention: The Key Role of an Effective Implementation of the WHO Recommendations*. *European Journal of Risk Regulation*, 2017, 8(02), 327-341.