



N° 2191

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 mars 2005.

PROPOSITION DE LOI

pour agir contre l'épidémie d'obésité,

(Renvoyée à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales,
à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus
par les articles 30 et 31 du Règlement.)

PRÉSENTÉE

PAR MM. JEAN-MARIE LE GUEN, JEAN-MARC AYRAULT, Mme CATHERINE GÉNISSON, MM. GERARD BAPT, ALAIN CLAEYS, GAËTAN GORCE, Mmes MARTINE CARRILLON-COUVREUR, MARTINE DAVID, MM. YVES DURAND, SIMON RENUCCI, Mmes CLAUDE DARCIAUX, PATRICIA ADAM, SYLVIE ANDRIEUX, MM. JEAN-MARIE AUBRON, CLAUDE BARTOLONE, CHRISTIAN BATAILLE, JEAN-CLAUDE BATEUX, JEAN-LOUIS BIANCO, JEAN-PIERRE BLAZY, SERGE BLISKO, PATRICK BLOCHE, JEAN-CLAUDE BOIS, DANIEL BOISSERIE, AUGUSTIN BONREPAUX, PIERRE BOURGUIGNON, Mme DANIELE BOUSQUET, M. MICHEL CHARZAT, Mme MARIE-FRANÇOISE CLERGEAU, MM. PIERRE COHEN, MICHEL DASSEUX, BERNARD DEROSIER, MICHEL DESTOT, MARC DOLEZ, FRANÇOIS DOSÉ, PIERRE DUCOUT, JEAN-PIERRE DUFAU, WILLIAM DUMAS, JEAN-LOUIS DUMONT, JEAN-PAUL DUPRÉ, Mme ODETTE DURIEZ, MM. HENRI EMMANUELLI, CLAUDE EVIN, ALBERT FACON, MICHEL FRANÇAIX, JOËL GIRAUD, Mmes PAULETTE GUINCHARD-KUNSTLER, DANIELE HOFFMAN-RISPAL, M. JEAN-LOUIS IDIART, Mme FRANÇOISE IMBERT, MM. SERGE JANQUIN, ARMAND JUNG, JEAN-PIERRE KUCHEIDA, Mme CONCHITA LACUEY, MM. JEROME LAMBERT, JEAN LAUNAY, GILBERT LE BRIS, JEAN-YVES LE DÉAUT, JEAN-YVES LE DRIAN, JEAN LE GARREC, Mme MARYLISE LEBRANCHU, MM. MICHEL LEFAIT, PATRICK LEMASLE, GUY LENGAGNE, MICHEL LIEBGOTT, Mme MARTINE LIGNIÈRES-CASSOU, MM. FRANÇOIS LONCLE, VICTORIN

LUREL, BERNARD MADRELLE, CHRISTOPHE MASSE, DIDIER MIGAUD, HENRI NAYROU, ALAIN NÉRI, Mme MARIE-RENEE OGET, M. JEAN-CLAUDE PEREZ, Mme MARIE-FRANÇOISE PEROLDUMONT, MM. ALAIN RODET, BERNARD ROMAN, RENE ROUQUET, Mme ODILE SAUGUES, MM. ROGER-GERARD SCHWARTZENBERG, PASCAL TERRASSE, PHILIPPE TOURTELIER, DANIEL VAILLANT, MANUEL VALLS, MICHEL VERGNIER, ALAIN VIDALIES, JEAN-CLAUDE VIOLLET

et les membres du groupe socialiste ⁽¹⁾ et apparentés ⁽²⁾

Députés.

⁽¹⁾ *Ce groupe est composé de :* Mmes Patricia Adam, Sylvie Andrieux, MM. Jean-Marie Aubron, Jean-Marc Ayrault, Jean-Paul Bacquet, Jean-Pierre Balligand, Gérard Bapt, Claude Bartolone, Jacques Bascou, Christian Bataille, Jean-Claude Bateux, Jean-Claude Beauchaud, Eric Besson, Jean-Louis Bianco, Jean-Pierre Blazy, Serge Blisko, Patrick Bloche, Jean-Claude Bois, Daniel Boisserie, Maxime Bono, Augustin Bonrepaux, Jean-Michel Boucheron, Pierre Bourguignon, Mme Danielle Bousquet, MM. François Brottes, Jean-Christophe Cambadélis, Thierry Carcenac, Christophe Caresche, Mme Martine Carrillon-Couvreur, MM. Laurent Cathala, Jean-Paul Chanteguet, Michel Charzat, Alain Claeyss, Mme Marie-Françoise Clergeau, MM. Gilles Cocquempot, Pierre Cohen, Mme Claude Darciaux, M. Michel Dasseux, Mme Martine David, MM. Marcel Dehoux, Michel Delebarre, Jean Delobel, Bernard Derosier, Michel Destot, Marc Dolez, François Dosé, René Dosière, Julien Dray, Tony Dreyfus, Pierre Ducout, Jean-Pierre Dufau, William Dumas, Jean-Louis Dumont, Jean-Paul Dupré, Yves Durand, Mme Odette Duriez, MM. Henri Emmanuelli, Claude Evin, Laurent Fabius, Albert Facon, Jacques Floch, Pierre Forgues, Michel Françaix, Jean Gaubert, Mmes Nathalie Gautier, Catherine Génisson, MM. Jean Glavany, Gaëtan Gorce, Alain Gouriou, Mmes Elisabeth Guigou, Paulette Guinchar-Kunstler, M. David Habib, Mme Danièle Hoffman-Rispal, MM. François Hollande, Jean-Louis Idiart, Mme Françoise Imbert, MM. Serge Janquin, Armand Jung, Jean-Pierre Kucheida, Mme Conchita Lacuey, MM. Jérôme Lambert, François Lamy, Jack Lang, Jean Launay, Jean-Yves Le Bouillonnet, Mme Marylise Lebranchu, MM. Gilbert Le Bris, Jean-Yves Le Déaut, Jean-Yves Le Drian, Michel Lefait, Jean Le Garrec, Jean-Marie Le Guen, Patrick Lemasle, Guy Lengagne, Mme Annick Lepetit, MM. Bruno Le Roux, Jean-Claude Leroy, Michel Liebgott, Mme Martine Lignières-Cassou, MM. François Loncle, Victorin Lurel, Bernard Madrelle, Louis-Joseph Manscour, Philippe Martin (*Gers*), Christophe Masse, Didier Mathus, Kléber Mesquida, Jean Michel, Didier Migaud, Mme Hélène Mignon, MM. Arnaud Montebourg, Henri Nayrou, Alain Néri, Mme Marie-Renée Oget, MM. Michel Pajon, Christian Paul, Christophe Payet, Germinal Peiro, Jean-Claude Perez, Mmes Marie-Françoise Pérol-Dumont, Geneviève Perrin-Gaillard, MM. Jean-Jack Queyranne, Paul Quilès, Alain Rodet, Bernard Roman, René Rouquet, Patrick Roy, Mme Ségolène Royal, M. Michel Sainte-Marie, Mme Odile Saugues, MM. Henri Sicre, Dominique Strauss-Kahn, Pascal Terrasse, Philippe Tourtelier, Daniel Vaillant, André Vallini, Manuel Valls, Michel Vergnier, Alain Vidalies, Jean-Claude Viollet, Philippe Vuilque.

⁽²⁾ MM. Jean-Pierre Defontaine, Paul Giacobbi, Joël Giraud, François Huwart, Simon Renucci, Mme Chantal Robin-Rodrigo, M. Roger-Gérard Schwartzenberg, Mme Christiane Taubira.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Au regard de l'ampleur et de la complexité du défi que représente l'obésité, les pouvoirs publics doivent s'engager dans une action exceptionnelle pour enrayer la vague montante de l'épidémie et répondre aux besoins de ceux, toujours plus nombreux, qui en sont et en seront les victimes.

Force est de constater que, jusqu'à présent, une telle volonté fait défaut. Certes, dès 1998, Bernard Kouchner, alors ministre de la Santé, a engagé une réflexion importante et mis en œuvre des moyens significatifs pour élaborer, puis réaliser le Plan national Nutrition santé (PNNS). Il semble néanmoins que l'importance des enjeux nationaux et internationaux mette les pouvoirs publics dans l'obligation de renforcer leurs actions.

Le PNNS a, à juste titre, insisté sur la nécessité d'un engagement de tous, notamment des enfants, au plus près de la vie quotidienne, mais on ne peut plus se limiter aujourd'hui à une simple politique d'incitation ni à des expérimentations, aussi riches et porteuses d'enseignements soient-elles. Il faut indiscutablement une action globale, forte, qui concerne tous les aspects de la lutte contre l'obésité. Nous sommes confrontés à un problème majeur de santé publique qui concerne la santé d'un Français sur cinq. Si nous ne faisons rien, les équilibres de nos organismes de protection sociale seront singulièrement et durablement mis à mal, nos capacités de développement social et économique seront altérées. Nous devons faire face à cette transformation de nos modes de vie qui a débuté il y a de nombreuses années et dont nous ne voyons aujourd'hui qu'à peine les premières conséquences. Le défi est d'importance, il faut répondre avec vigueur en sachant qu'il faudra inscrire le combat contre l'obésité dans la durée. Cela nécessitera, évidemment, beaucoup d'efforts pour aboutir.

La réussite de la politique qu'il faut instaurer, repose sur notre aptitude à associer dans une même démarche une volonté politique forte et la compréhension de mécanismes psychologiques et sociaux d'une grande complexité. L'obésité doit être déclarée « enjeu majeur de santé publique ».

Il est souhaitable de faire adopter par le Parlement une loi qui symbolise la mobilisation de la Nation contre ce fléau, une loi qui fixe les objectifs et les principes de ce combat, une loi qui clarifie les responsabilités de chacun, une loi qui ne se contente pas d'énoncer de grands principes, mais qui s'appuie sur les moyens budgétaires qui rendent possible la mise en œuvre de la politique que nous appelons de nos vœux.

Cette loi permettra d'affirmer des principes qui permettent de structurer l'action dans le temps et de lui donner sa cohérence. Trois principes doivent guider les pouvoirs publics.

Premier principe, la politique qui devra être conduite, se doit d'être globale. L'épidémie doit être attaquée sur tous les fronts : il faut cesser d'opposer ce qui ressortirait de la « surcharge alimentaire » et ce qui ne serait que la conséquence d'une activité physique insuffisante, ce qui ressort de l'environnement et ce qui devrait être la conséquence d'une éducation bien menée, ce qui est de la responsabilité de la famille et de celle de la société. Ces arguments sont mis en avant, par les uns ou par les autres, avec pour seul objectif de ne

surtout rien faire. Chaque acteur prend prétexte de l'insuffisante sollicitation de ce voisin pour ne pas bouger. Il faut décréter l'offensive sur tous les fronts même si tout ne peut pas se faire en même temps. Une action généralisée renforce la mobilisation dans chaque domaine en créant une dynamique sociale.

Cette proposition de loi établit un plan qui touche l'offre alimentaire et l'ensemble de la chaîne de la conception du produit à la distribution, en passant par la commercialisation, la publicité, la promotion. Parallèlement, ce plan doit aussi prévoir des programmes d'éducation pour tous et pour les enfants en particulier. Ils doivent être diffusés dans les familles comme dans les lieux scolaires ou à la télévision. Ces programmes doivent inciter à une alimentation équilibrée et de qualité, mais également au développement de l'activité physique à l'école, au travail, mais aussi à l'occasion de nos déplacements dans la ville. Il faut cependant s'entourer des plus grandes précautions quant au message délivré et se garder de toute dérive stigmatisante. Il est essentiel de veiller à la reconnaissance des droits des « gros » dans l'ensemble des questions qui concernent la vie quotidienne.

Deuxième principe, la politique qui devra être conduite se doit d'être unificatrice. Si l'on veut que l'action soit véritablement globale, qu'elle soit cohérente et s'inscrive dans la durée, il faut une seule et unique instance d'orientation, de décision et de pilotage. C'est là un choix logique, un principe fondamental qui doit être inscrit dans la loi. Il nous semble que la structure *ad hoc* serait un Haut comité de lutte contre l'obésité (**article 1**). Placée sous la responsabilité du ministre de la Santé, cette instance intergouvernementale rassemblerait les différents acteurs administratifs, représentants des ministères de la santé, de l'agriculture, de l'industrie, de l'économie, de la recherche, du travail ou encore de l'éducation nationale, les experts en santé publique et en nutrition, mais aussi les représentants du monde associatif et les professionnels concernés.

Les Britanniques qui ont une certaine avance sur nous, préconisent la création d'une agence spécialisée sous l'autorité d'un ministre. Cela correspond à la culture du système de santé britannique traditionnellement et paradoxalement plus étatiste et plus centralisé que le nôtre. Prévoir dans notre pays une structure administrative spécifique pour la lutte contre l'obésité n'est pas nécessaire. En revanche, mettre en place une structure nationale forte et engagée sous la responsabilité d'une politique correspond bien à l'urgence de la situation et la hauteur des défis.

Troisième principe, la politique de lutte contre l'obésité se doit d'être mobilisatrice. Quels seraient les prolongements politiques de ce Haut comité sur le terrain ? Cette question – et les réponses qu'il faut lui apporter – renvoient pour l'essentiel aux structures de notre administration de santé publique. La loi de santé publique adoptée en août 2004 n'a pas, malheureusement, doté notre pays d'une chaîne de mobilisation et de responsabilités claire. Sans doute devra-t-on compter, en priorité, sur le rôle croissant que devra jouer à l'avenir les conférences régionales de santé. Celles-ci rassemblent tous les acteurs de la santé, professionnels, associations de malades, responsables de l'assurance maladie et des assurances complémentaires, mais aussi responsables locaux engagés, à tous les niveaux, dans la politique de santé. Il faudra revenir sur les conditions de fonctionnement de ces conférences régionales dont le dynamisme doit beaucoup à leur composition pluraliste et au fait qu'elles rassemblent de très nombreuses compétences. Nous devons leur donner plus de permanence, plus de moyens, plus de responsabilités parce qu'elles auront un rôle pivot pour relayer, sur le terrain, les orientations du Haut conseil national de lutte contre l'obésité, pour mobiliser tous

les acteurs locaux et régionaux qui doivent concourir aux actions de lutte contre l'obésité (**article 7**).

Sur le plan national (**article 1**), le ministre de la santé aura pour charge de veiller à ce que les orientations du Haut comité soient prises en compte par les autres ministères concernés, celui de l'éducation nationale d'abord, mais aussi ceux du travail ou de l'agriculture qui exerce traditionnellement un rôle de tutelle sur l'industrie agroalimentaire. De la responsabilisation de tous dépend le succès d'une politique qui se doit d'être de grande envergure.

Parce qu'il est au cœur des valeurs de nos sociétés démocratiques, le terme « responsabilisation » peut être entendu de bien des façons. Il nous faut par conséquent le préciser : pour nous, il est le « versant positif » de l'implication. Pour être plus clair encore : une « politique de responsabilisation » ne saurait être une « politique de pénalisation » comme celle imposée dans le cadre de la récente réforme de l'assurance maladie par le ministre de santé. Autrement dit, on ne « responsabilise » pas plus les assurés sociaux en exigeant d'eux un euro supplémentaire et non remboursé pour accéder aux soins que les médecins en leur permettant d'augmenter le prix de leurs actes largement au-delà des tarifs conventionnels qui servent de base au remboursement par l'assurance maladie. Il faut un engagement de tous les acteurs de la société, proportionnel à leurs responsabilités dans les déterminants de santé.

Il s'agit de la responsabilisation des administrations et des collectivités locales dans le cadre de leurs compétences traditionnelles, mais aussi de la responsabilisation des enseignants, des animateurs de l'éducation populaire, des travailleurs sociaux et des professionnels de la santé. Il s'agit également de la responsabilisation des chefs d'entreprise et des organisations syndicales qui doivent intégrer dans le champ des relations sociales les problèmes de santé et celui de l'obésité en particulier.

Enfin, cette proposition de loi n'a de sens que si, dans le même temps, la responsabilisation des médias, des publicitaires et des industriels (de l'alimentaire et de la grande distribution en premier lieu) est mise à l'épreuve. Les responsabilités de ces derniers dans l'épidémie d'obésité sont telles que leur mobilisation est indispensable si l'on veut durablement changer les comportements. Ils commencent à en avoir conscience et savent qu'ils doivent d'abord opérer des profonds changements sur eux-mêmes. Que l'emballement du mode de production agroalimentaire ait développé et favorisé des comportements pathogènes est indiscutable, mais cette orientation n'est pas consubstantielle à leur(s) métier(s). Il y a place, dans notre société, pour une industrie agroalimentaire et une grande distribution plus responsables et plus soucieuses de la santé de ses consommateurs. L'évolution de la réglementation peut les y aider car il devient de plus en plus difficile d'admettre que les produits les moins chers ne soient pas parmi les meilleurs si l'on se place du point de vue de l'hygiène alimentaire. Il faut voir là les conséquences néfastes d'un marché non régulé et d'une concurrence « sauvage » à laquelle il faut mettre des limites. Il y a un intérêt collectif à ce que les pouvoirs publics favorisent les plus vertueux des industriels et des structures de commercialisation qui jouent un rôle important dans la définition initiale et la vente des produits comme dans les comportements alimentaires. Cette responsabilisation de tous qui ne s'arrête pas aux seuls problèmes de la nutrition mais doit aussi prendre en compte la question de la dépense énergétique (**article 3**). **L'article 9** prévoit, par ailleurs, de porter la contribution des annonceurs en cas de non-respect des règles d'affichage de 1,5 % à 5 % du montant annuel des sommes destinées à l'émission et à la diffusion des messages publicitaires en faveur de boissons et de produits sucrés.

On a déjà dit comment les Pays-Bas résistaient à l'épidémie et l'importance qu'il fallait accorder à l'usage fréquent du vélo. Ce pays résiste le mieux à l'épidémie et pour l'instant il n'apparaît guère d'autre explication à ce phénomène que l'usage fréquent du vélo. Cette évocation peut prêter à sourire et pourtant l'hypothèse est des plus sérieuses. Il est de plus en plus évident que le rapport de l'homme à la ville doit changer et que l'utilisation de la voiture individuelle ne pose pas seulement des problèmes d'environnement (**article 5**). La lutte contre l'obésité est une raison supplémentaire pour donner plus de place aux moyens de transport alternatifs à l'automobile et encourager une certaine dépense énergétique lors de tous les déplacements. Rappeler l'importance de l'activité physique, qui est plus nécessaire encore quand il s'agit de jeunes enfants, est impératif et cette dimension doit être plus présente dans les programmes d'éducation pour la santé (**article 5**). Elle doit être une préoccupation prioritaire dans la mise en œuvre des politiques nationales, mais ce sont les décideurs locaux, qui ont la responsabilité de l'urbanisme, du périscolaire, des politiques de santé communautaire... qui sont en première ligne pour prendre les mesures les plus appropriées. Le Haut comité de lutte contre l'obésité doit inciter à ce que cette dimension soit prise en compte et favoriser les échanges d'expériences de façon à généraliser les initiatives qui aident au changement de comportements. Il n'y aura pas de lutte efficace contre l'obésité sans une approche collective de terrain et participative des problèmes, ce qui vaut d'ailleurs pour la plupart des plans de santé publique. La mise en place d'une véritable démocratie sanitaire peut favoriser la prise de conscience de l'ensemble des citoyens et mettre face à leurs responsabilités les décideurs quel que soit le niveau auquel ils interviennent dans l'organisation de la santé.

La France doit montrer l'exemple. Elle doit mobiliser autour d'un projet de lutte contre l'épidémie d'obésité non seulement à l'échelle nationale, mais aussi à l'échelle européenne et internationale. C'est en prenant des dispositions législatives et réglementaires qu'elle donnera l'impulsion nécessaire tant aux organisations internationales, l'Organisation mondiale de la santé, l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture, mais également l'Organisation mondiale du commerce, qu'aux instances européennes, le Conseil des ministres, la Commission et le Parlement. Toutes les initiatives du gouvernement français doivent pouvoir être reprises et les opinions publiques doivent être mobilisées pour obliger les autres gouvernements à réagir. L'expérience montre que c'est possible : la loi Evin réglementant la publicité sur le tabac et l'alcool a fortement pesé sur le plan européen. Un à un, les pays les plus réticents ont été amenés à soutenir des politiques plus ambitieuses à l'image de la France. La création puis les actions du Haut comité de lutte contre l'obésité doivent également être largement médiatisées pour que soit envisagée la mise en place d'instances similaires dans tous les pays et, à terme, une instance européenne. Là encore, la France a su servir de modèle avec en particulier le Comité consultatif national d'éthique sur les sciences de la vie et la santé.

Le groupe socialiste a déposé de nombreux amendements lors de la loi de santé publique sur cette question. Ils n'ont pas été adoptés. L'heure est venue de prendre des mesures efficaces pour faire de la lutte contre l'obésité un véritable objectif de santé publique, au-delà de l'action très limitée du gouvernement actuel.

Tel est l'objet de la présente proposition de loi.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

La troisième partie du code de la santé publique est complétée par un livre IX ainsi rédigé :

« *LIVRE IX*

LUTTE CONTRE L'OBESITE ».

Article 2

Au livre IX du code de la santé publique tel qu'il résulte de l'article 1^{er}, il est inséré un titre I ainsi rédigé :

« *TITRE I^{er}*

« DISPOSITIONS GENERALES

« *Art. L. 3910-1.* – L'obésité est une maladie dont la diffusion épidémique menace gravement l'état sanitaire de la Nation. La lutte contre l'obésité est une priorité de la santé publique.

« *Art. L. 3910-2.* – Il est créé, auprès du ministre de la Santé, un Haut comité de lutte contre l'obésité. Ce comité rassemble, outre les administrations concernées, des représentants des associations de malades, des industriels de l'alimentation et de la distribution.

« *Art. L. 3910-3.* – Il est créé un "Observatoire de l'épidémie d'obésité". Cet observatoire remet chaque année un rapport au ministre chargé de la santé, au Parlement et au Haut comité de lutte contre l'obésité, sur l'évolution de l'épidémie et l'évaluation des politiques menées.

« *Art. L. 3910-4.* – Le gouvernement met en œuvre dans un délai d'un an une campagne nationale de sensibilisation aux risques de l'épidémie d'obésité à laquelle il est accordé le statut de grande cause nationale. »

Article 3

Au livre IX du même code tel qu'il résulte de l'article 1^{er}, il est inséré un titre II ainsi rédigé :

« *TITRE II*

***« DISPOSITIONS RELATIVES A L'INFORMATION
ET A L'EDUCATION NUTRITIONNELLE***

« *Art. L. 3920-1.* – Les produits et boissons alimentaires comportent une information lisible et compréhensible pour le consommateur : la densité calorique, la composition en

sucres, en acides gras et en sel sont indiquées dans des conditions fixées par l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments.

« *Art. L. 3920-2.* – En cas de composition alimentaire incompatible avec le respect des règles nutritionnelles fixées par décret après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, le ministre de la santé peut imposer, en raison de cette incompatibilité, la présence d'un message d'éducation sanitaire sur l'étiquette du produit. Il peut également en interdire la publicité à la télévision.

« *Art. L. 3920-3.* – Il est créé, auprès du Haut conseil de lutte contre l'obésité, un centre d'appel national d'information sur l'obésité ainsi qu'un site Internet. Ils ont pour fonction d'informer sur les règles générales d'hygiène nutritionnelle, sur les centres d'accueil, de dépistage et de prise en charge des patients, ainsi que sur la législation, la réglementation et les recommandations en vigueur.

« *Art. L. 3920-4.* – La restauration collective est tenue d'afficher lisiblement la composition nutritionnelle et calorique des produits qu'elle met à la disposition des consommateurs.

« *Art. L. 3920-5.* – Les programmes scolaires définis au sein du code de l'Education nationale intègrent, dans le cadre des matières déjà enseignées, un enseignement sur les principes alimentaires et les règles du métabolisme en prenant en compte spécifiquement les risques de l'obésité.

« *Art. L. 3920-6.* – La Haute autorité de santé, publie régulièrement des recommandations sur les risques alimentaires. »

Article 4

Au livre IX du même code tel qu'il résulte de l'article 1^{er}, il est inséré un titre III ainsi rédigé :

« TITRE III

« DISPOSITIONS RELATIVES A LA PROMOTION DE L'OFFRE ALIMENTAIRE

« *Art. L. 3930-1.* – Chaque établissement scolaire comporte au moins un accès à une fontaine d'eau potable et gratuite à compter du 1^{er} janvier 2006.

« *Art. L. 3930-2.* – L'implantation et le contenu de distributeurs automatiques de boissons et d'aliments présents dans une entreprise sont approuvés préalablement par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail tel que défini à l'article L. 236-1 du code du travail.

« *Art. L. 3930-3.* – A la demande des associations de consommateurs, le ministre de la santé peut imposer un message d'éducation sanitaire sur des produits qui ne respectent pas les normes minimales de réglementation nutritionnelle fixées par décret après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments.

« Art. L. 3930-4. – En liaison avec les professionnels du commerce de l’agroalimentaire, le Haut comité de lutte contre l’obésité établit une charte “Alimentation Plaisir Santé” qui assure le respect par les entreprises de distribution d’un “code de bonne conduite” en matière de promotion des ventes de produits alimentaires. L’engagement du respect de ce code donne lieu à un label qualité. »

Article 5

Au livre IX du même code tel qu’il résulte de l’article 1^{er}, il est inséré un titre IV ainsi rédigé :

« TITRE IV

« DISPOSITIONS RELATIVES A L’ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE

« Art. L. 3940-1. – Une campagne d’information sur l’importance de l’activité physique et les moyens pratiques de l’exercer dans la vie quotidienne est mise en œuvre.

« Art. L. 3940-2. – Les programmes d’activités scolaires et périscolaires intègrent la nécessité d’une activité physique quotidienne d’au moins trente minutes pour chaque enfant.

« Art. L. 3940-3. – Le comité d’hygiène, de sécurité et de conditions de travail tel que définis à l’article L. 236-1 du code du travail débat chaque année des politiques de prévention de l’obésité mises en place au sein de l’entreprise.

« Art. L. 3940-4. – Les plans de déplacements urbains et de transport scolaire établis par les collectivités locales doivent, préalablement à leur mise en place, faire l’objet d’une étude d’impact pour s’assurer que les recommandations du Haut comité de lutte contre l’obésité en matière d’activité physique quotidienne sont respectées. »

Article 6

Au livre IX du même code tel qu’il résulte de l’article 1^{er}, il est inséré un titre V ainsi rédigé :

« TITRE V

« DISPOSITIONS CONCERNANT LE DEPISTAGE ET LA PROMOTION DE LA RECHERCHE

« Art. L. 3950-1. – La médecine scolaire procède chaque année à la pesée de chaque élève ainsi qu’à la mesure de sa taille. Un suivi personnalisé médical et social est proposé à chaque famille dont l’enfant présente un risque avéré d’obésité.

« Art. L. 3950-2. – La moitié des ressources de la contribution prévue à l’article L. 2133-1 est affectée à la recherche pour l’obésité. Ces fonds sont utilisés tant pour l’étude des comportements alimentaires que pour la médecine de l’obésité. »

Article 7

Au livre IX du même code tel qu'il résulte de l'article 1^{er}, il est inséré un titre VI ainsi rédigé :

« TITRE VI

« **DISPOSITIONS CONCERNANT L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES SOUFFRANT D'OBESITE**

« *Art. L. 3960-1.* – La Haute autorité de santé publie, en liaison avec les associations de malades, des recommandations pour la prise en charge médicale, psychologique et sociale des personnes souffrant d'obésité.

« *Art. L. 3960-2.* – Les professionnels de santé reçoivent une formation spécifique sur les problèmes de l'obésité lors de leur formation initiale comme lors de leur formation continue.

« *Art. L. 3960-3.* – L'assurance maladie met en œuvre des plates-formes d'accueil dédiées au conseil nutritionnel, au dépistage et à l'information des personnes obèses sur l'accès aux soins.

« *Art. L. 3960-4.* – L'obésité est reconnue comme une affection de longue durée telle que définie à l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale et bénéficie des conditions d'une meilleure prise en charge par l'assurance maladie.

« *Art. L. 3960-5.* – Dans chaque région, les schémas régionaux d'organisation sanitaire comportent un chapitre particulier concernant les malades souffrant d'obésité. Ils décident des mesures permettant à chacun d'entre eux d'accéder à des consultations de médecine de l'obésité et plus généralement à l'ensemble des soins quels que soient leur poids et leur corpulence. »

Article 8

Au livre IX du même code tel qu'il résulte de l'article 1^{er}, il est inséré un titre VII ainsi rédigé :

« TITRE VII

« **DISPOSITIONS CONCERNANT LA LUTTE CONTRE LES DISCRIMINATIONS DONT SONT VICTIMES LES PERSONNES SOUFFRANT D'OBESITE**

« *Art. L. 3970-1.* – Les entreprises de transport, publiques et privées, se doivent de fournir des places accessibles aux personnes souffrant d'obésité dans les mêmes conditions que pour les autres voyageurs.

« *Art. L. 3970-2.* – La Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité a, dans ses missions, l'obligation de veiller au respect des droits et de la dignité des personnes souffrant d'obésité. »

Article 9

Dans la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 2133-1 du même code, le taux « 1,5 % » est remplacé par le taux : « 5 % ».

Article 10

Les charges éventuelles engendrées pour l'Etat par l'application de la présente loi sont compensées par l'augmentation à due concurrence des tarifs visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Les charges éventuelles engendrées pour les organismes de sécurité sociale par l'application de la présente loi sont compensées par l'augmentation à due concurrence, des tarifs visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Composé et imprimé pour l'Assemblée nationale par JOUVE
11, bd de Sébastopol, 75001 PARIS

Prix de vente : 0,75 €
ISBN : 2-11-119075-6
ISSN : 1240 – 8468

En vente à la Boutique de l'Assemblée nationale
4, rue Aristide Briand - 75007 Paris - Tél : 01 40 63 61 21

N° 2191 – Proposition de loi pour agir contre l'épidémie d'obésité (Jean-Marie Le Guen)