

N° 824

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958  
QUATORZIÈME LÉGISLATURE

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 20 mars 2013.

## RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA  
PROPOSITION DE LOI *tendant à prohiber la **différence de taux de sucre** entre la  
composition des **produits manufacturés** et vendus dans les régions d'**outre-mer**  
et celle des mêmes produits vendus dans l'**hexagone**,*

PAR MME HÉLÈNE VAINQUEUR-CHRISTOPHE,

Députée.

---

---

Voir le numéro :

*Assemblée nationale* : 393.



## SOMMAIRE

Pages

<b>I. L'OBÉSITÉ, UN FLÉAU QUI TOUCHE PARTICULIÈREMENT LES POPULATIONS ULTRAMARINES</b> .....	5
A. DES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ALARMANTES .....	5
1. Une épidémie au niveau mondial .....	5
2. En France, les populations ultra-marines sont en première ligne .....	7
<i>a) En France hexagonale, le surpoids et l'obésité continuent d'augmenter, mais à un rythme moins soutenu, chez l'adulte et se sont stabilisés chez l'enfant</i> .....	7
<i>b) Dans les outre-mer, la prévalence du surpoids et de l'obésité reste « une source de préoccupation majeure »</i> .....	9
B. LA RELATIVE IMPUISSANCE DES MESURES DE LUTTE CONTRE L'OBÉSITÉ.....	12
1. Les insuffisances du Plan national nutrition santé .....	12
<i>a) Une évaluation mitigée du PNNS 2</i> .....	12
<i>b) Le lancement d'un plan obésité et d'une déclinaison outre-mer du PNNS</i> .....	13
2. Des inégalités de santé qui frappent durement les populations fragiles.....	15
<b>II. UNE ACTION SPÉCIFIQUE SUR LE SUCRE S'IMPOSE</b> .....	18
A. RÉDUIRE LA CONSOMMATION DE SUCRES, UN OBJECTIF PARTAGÉ.....	18
1. Le lien entre consommation de sucres et obésité n'est plus à démontrer .....	18
2. La réduction de la consommation de sucres, un instrument prioritaire dans la lutte contre l'obésité .....	19
B. LIMITER LA TENEUR EN SUCRES DES PRODUITS CONSOMMÉS EN OUTRE-MER, UN IMPÉRATIF.....	20
1. Les résultats concordants de plusieurs études... ..	21
2. ... plaident en faveur d'une action forte des pouvoirs publics.....	23
<b>III. UN TEXTE ATTENDU DEPUIS PRÈS DE DEUX ANS</b> .....	25
A. LA PROPOSITION DE LOI DE VICTORIN LUREL EXAMINÉE EN 2011 .....	25
1. Un texte consensuel rejeté <i>in extremis</i> .....	25

2. Des actions concertées avec les industriels qui ont montré leurs limites .....	26
<b>B. LA NÉCESSITÉ D'AGIR GLOBALEMENT SUR LA QUALITÉ DE L'OFFRE ALIMENTAIRE EN OUTRE-MER .....</b>	<b>28</b>
1. Le dispositif de la proposition de loi.....	28
2. Les améliorations apportées par la Commission .....	29
<i>a) Une réécriture globale du dispositif.....</i>	<i>29</i>
<i>b) Une contribution supplémentaire à l'amélioration de l'offre alimentaire en outre-mer.....</i>	<i>30</i>
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION .....</b>	<b>33</b>
<b>I.- DISCUSSION GÉNÉRALE .....</b>	<b>33</b>
<b>II.- EXAMEN DES ARTICLES .....</b>	<b>47</b>
<i>Article 1<sup>er</sup></i> (articles L. 3232-5 à L. 3232-7 [nouveaux] du code de la santé publique) : Alignement des teneurs en sucres des produits alimentaires distribués en outre-mer et en France hexagonale.....	47
<i>Article 2</i> : Mise en œuvre de la loi.....	58
<i>Article 3</i> : Dates limite de consommation des produits alimentaires distribués en outre-mer et en France hexagonale .....	59
<i>Article 4</i> : Promotion des denrées alimentaires issues des circuits courts de distribution dans le cadre de la restauration collective en outre-mer .....	61
<b>TABLEAU COMPARATIF .....</b>	<b>65</b>
<b>AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION .....</b>	<b>69</b>
<b>ANNEXE 1 : DONNÉES STATISTIQUES OUTRE-MER PLAN NATIONAL NUTRITION SANTÉ – PLAN OBÉSITÉ .....</b>	<b>71</b>
<b>ANNEXE 2 : TAUX DE SUCRES ET PROFIL DES SUCRES DE BOISSONS DE TYPE SODAS ET DE PRODUITS LAITIERS FRAIS PRÉLEVÉS DANS LES OUTRE-MER .....</b>	<b>79</b>
<b>ANNEXE 3 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES .....</b>	<b>87</b>

## I. L'OBÉSITÉ, UN FLÉAU QUI TOUCHE PARTICULIÈREMENT LES POPULATIONS ULTRAMARINES

### A. DES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ALARMANTES

#### 1. Une épidémie au niveau mondial

D'après les données disponibles sur le site de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le nombre de cas d'obésité a doublé dans le monde depuis 1980 <sup>(1)</sup>. Le surpoids concerne désormais 1,4 milliard d'adultes, parmi lesquelles plus de 200 millions d'hommes et près 300 millions de femmes sont considérés comme obèses <sup>(2)</sup>, soit 11 % de la population mondiale.

Le surpoids et l'obésité constituent en outre le **cinquième facteur de risque de décès au niveau mondial** : près de 2,8 millions de personnes en meurent chaque année.

La lutte contre l'obésité et le surpoids constituent donc un **axe prioritaire du plan d'action mis en œuvre par l'OMS dans le cadre de la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles**, au même titre que la lutte contre le tabac ou l'alcool. Nous pouvons donc parler de véritable fléau, qui n'épargne pas notre pays, et en particulier les territoires ultramarins. En effet, en examinant la prévalence et les tendances de l'obésité en France chez l'enfant et l'adulte, nous observons des résultats très différents entre l'Hexagone et les outre-mer.

#### *Données sur le surpoids et l'obésité au niveau mondial*

##### • *Définitions*

Le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle susceptible de nuire à la santé.

L'indice de masse corporelle (IMC), qui mesure le poids par rapport à la taille, est couramment utilisé pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m<sup>2</sup>.

Ainsi, l'OMS définit:

- le surpoids comme un IMC égal ou supérieur à 25;
- l'obésité comme un IMC égal ou supérieur à 30.

##### • *Statistiques*

Le surpoids et l'obésité sont le cinquième facteur de risque de décès au niveau mondial. Au moins 2,8 millions d'adultes en meurent chaque année. En outre, 44 % de la charge du diabète, 23 % de la charge des cardiopathies ischémiques et de 7 % à 41 % de la charge de certains cancers sont attribuables au surpoids et à l'obésité.

---

(1) Aide-mémoire n° 311, mars 2013.

(2) Estimations 2008.

D'après les estimations de l'OMS datant de 2008, 1,4 milliard de personnes âgées de 20 ans et plus sont en surpoids, dont 500 millions considérées comme obèses, c'est-à-dire que **plus d'un adulte sur dix dans le monde est obèse**.

Des données plus récentes, datant de 2011, estiment qu'environ 40 millions d'enfants de moins de 5 ans présentent un surpoids.

Autrefois considérés comme des problèmes propres aux pays à haut revenu, **le surpoids et l'obésité augmentent de façon spectaculaire dans les pays à faible ou moyen revenu, surtout en milieu urbain**. Ainsi, plus de 30 millions d'enfants présentant un surpoids habitent dans des pays en développement contre 10 millions dans des pays développés.

Aujourd'hui, à l'échelle mondiale, le surpoids et l'obésité sont liés à davantage de décès que l'insuffisance pondérale. Ainsi, 65% de la population mondiale habitent dans des pays où le surpoids et l'obésité tuent plus de gens que l'insuffisance pondérale (ce chiffre couvre l'ensemble des pays à revenu élevé et la plupart des pays à revenu intermédiaire).

#### • *Diagnostic*

> **Causes** : pour l'OMS, la cause fondamentale de l'obésité et du surpoids est un déséquilibre énergétique entre les calories consommées et celles dépensées. L'organisation observe en effet qu'au niveau mondial, nous assistons, d'une part, à une plus grande consommation d'aliments très caloriques et, d'autre part, à une augmentation du manque d'activité physique en raison de la nature de plus en plus sédentaire de nombreuses formes de travail, de l'évolution des modes de transport et de l'urbanisation.

> **Conséquences** : le surpoids et l'obésité constituent un important facteur de risque de maladies chroniques comme :

- les maladies cardiovasculaires (principalement les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux), qui étaient déjà la première cause de décès dans le monde en 2008 ;

- le diabète ;

- les troubles musculo-squelettiques, en particulier l'arthrose, une maladie dégénérative des articulations très invalidante ;

- certains cancers (de l'endomètre, du sein et du côlon).

Quant à l'obésité de l'enfant, outre qu'elle est associée à un risque accru de décès prématuré et d'incapacité à l'âge adulte, elle entraîne chez l'enfant des difficultés respiratoires, un risque accru de fracture, une hypertension artérielle, l'apparition des premiers marqueurs de maladie cardiovasculaire, une résistance à l'insuline et des problèmes psychologiques.

> **« Double charge »** : l'OMS constate en outre que de nombreux pays à faible ou moyen revenu sont aujourd'hui confrontés à une « double charge » de morbidité. Alors que les maladies infectieuses et la dénutrition continuent de sévir, les facteurs de risque de maladies non transmissibles comme l'obésité et le surpoids augmentent rapidement, surtout en milieu urbain. Ainsi, il n'est désormais pas rare de constater **à la fois dénutrition et obésité** dans un même pays, dans une même communauté voire dans un même ménage !

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les enfants risquent davantage de ne pas recevoir une alimentation adaptée à leur âge, que ce soit à la naissance ou pendant leur enfance. Parallèlement, ils sont exposés à des aliments riches en graisses, en sucre et en sel, très caloriques mais pauvres en micronutriments, qui sont habituellement moins chers et de qualité nutritionnelle insuffisante. Ce régime alimentaire, associé à la sédentarité, entraîne une augmentation marquée de l'obésité chez l'enfant alors que les problèmes de malnutrition ne sont toujours pas résolus.

*Source : Organisation mondiale de la santé, 2013.*

## 2. En France, les populations ultra-marines sont en première ligne

À titre liminaire, il convient de signaler qu'il n'existe aucune étude globale portant sur la prévalence du surpoids et de l'obésité à la fois chez l'adulte et chez l'enfant en France hexagonale et en outre-mer disponible aujourd'hui. Le rapport d'évaluation du deuxième Plan national nutrition santé<sup>(1)</sup> (PNNS 2), qui comprend une annexe relative à la situation nutritionnelle de la population française, renvoie ainsi à différentes enquêtes réalisées sur la base d'échantillons représentatifs de la population puis extrapolées à l'échelle de la population française ; il s'agit principalement de l'enquête nationale nutrition santé (ENNS) de 2006 et des enquêtes triennales ObÉpi<sup>(2)</sup>. Il en va de même pour les outre-mer, où les données proviennent également de diverses enquêtes, dont le champ, notamment géographique, ne se recoupe pas nécessairement. Les résultats de ces enquêtes convergent néanmoins pour démontrer une prévalence beaucoup plus importante de l'obésité et du surpoids dans la population ultramarine ainsi qu'une progression beaucoup plus dynamique de ces phénomènes, en particulier chez les femmes et les enfants.

### *a) En France hexagonale, le surpoids et l'obésité continuent d'augmenter, mais à un rythme moins soutenu, chez l'adulte et se sont stabilisés chez l'enfant*

• D'après les chiffres fournis dans le cadre de l'étude nationale nutrition santé réalisée en 2006<sup>(3)</sup> afin d'évaluer l'impact du PNNS 2<sup>(4)</sup> sur la situation nutritionnelle en France, **la prévalence de l'obésité chez les adultes de 18 à 74 ans s'élevait à l'époque à 16,9 %** et celle du surpoids (obésité non incluse) à 32,4 %. La proportion d'adultes obèses était alors légèrement supérieure chez les femmes (17,6 % contre 16,1 %) mais la prévalence du surpoids était plus élevée chez les hommes (41 %) que chez les femmes (23,8 %). L'étude montrait qu'indifféremment du sexe, la prévalence de l'obésité augmentait avec l'âge pour atteindre 24 % des 55-74 ans. **Chez les enfants de 3 à 17 ans, la prévalence de l'obésité s'élevait à 3,5 %** et celle du surpoids (obésité non incluse) à 14,3 %, identiques chez les garçons et chez les filles.

Les résultats de l'enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité – enquête ObÉpi – permettent de disposer d'une vision plus dynamique de l'évolution du surpoids et de l'obésité dans notre pays. L'enquête 2012 met ainsi en évidence une **progression constante de l'obésité dans notre pays**

---

(1) Rapport conjoint de l'inspection générales des affaires sociales et du Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux, avril 2010.

(2) Enquête réalisée depuis 1997 tous les trois ans à l'initiative du laboratoire Roche en collaboration avec l'Inserm, l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière et Kantar Health. Cette enquête porte sur un échantillon de plus de 25 000 personnes âgées de 18 ans et plus, représentatif de la population française.

(3) Étude réalisée sur 3 115 adultes et 1 675 enfants.

(4) Lancé en 2001, le Programme national nutrition santé est un plan de santé publique visant à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur la nutrition, entendue comme l'équilibre entre les apports liés à l'alimentation et les dépenses occasionnées par l'activité physique. Le premier cycle de ce plan s'est étalé de 2001 à 2005, le deuxième de 2006 à 2010 et le troisième a été initié en 2011.

**depuis 1997**, passée de 8,5 % de la population cette année-là à 15 % aujourd'hui. En 2012, 6,9 millions de personnes souffriraient ainsi d'obésité sur le territoire hexagonal. Ces chiffres révèlent toutefois également un ralentissement de cette augmentation qui, entre 2009 et 2012, s'avère significativement inférieure aux années précédentes (+ 3,4 % contre plus de 10 % en moyenne entre 2003 et 2009 et plus de 17 % entre 1997 et 2003).

Ce ralentissement ne touche cependant pas indifféremment les hommes et les femmes, puisque la tendance observée depuis 2003 à une **prévalence de l'obésité plus élevée chez les femmes que chez les hommes** (15,7 % contre 14,3 %) continue à s'exprimer avec une augmentation plus nette de l'obésité chez les femmes, en particulier chez les 18 à 25 ans. C'est d'ailleurs dans cette tranche d'âge, tous sexes confondus, que l'augmentation de l'obésité est la plus importante entre 2009 et 2012 (+ 35 %). L'obésité touche en effet désormais plus tôt les générations les plus récentes. L'enquête ObÉpi démontre ainsi que le taux d'obésité de 10 % au sein d'une même génération est atteint vers 28 ans pour la génération née entre 1980 et 1986, alors que la génération née 20 ans plus tôt n'atteint ce taux que vers 41 ans.

L'enquête ObÉpi établit par ailleurs qu'en termes de comorbidité, **le risque d'être traité pour hypertension artérielle est multiplié par 2,3 chez les personnes en surpoids et par 3,6 chez les personnes obèses**. En dehors du tabagisme, la proportion d'individus présentant des facteurs de risque cardio-vasculaires associés augmente avec l'indice de masse corporelle<sup>(1)</sup> : la probabilité d'avoir trois facteurs de risque cardio-vasculaires traités chez les obèses est ainsi quatorze fois plus importante que chez les sujets de corpulence normale, et cinq fois plus en cas de surpoids.

• Seule évolution favorable depuis 2000 : une stabilisation du surpoids et de l'obésité chez les enfants.

Les données fournies par l'étude nationale nutrition santé de 2006 (3,5 % des enfants obèses et 14,3 % en surpoids, obésité non incluse) correspondent en effet à un recul de l'obésité et du surpoids par rapport aux années antérieures, recul corroboré par d'autres études comme celles tirées du **cycle triennal d'enquêtes sur la santé des enfants et adolescents scolarisés**<sup>(2)</sup>. Ainsi, selon les mesures de poids et de taille effectuées par les médecins et infirmières de l'Éducation nationale, en 2005-2006, 12,1% des élèves de 5 à 6 ans étaient en surcharge pondérale, et 3,1% considérés comme obèses, chiffres en retrait par rapport à l'enquête réalisée auprès d'enfants du même âge en 1999-2000, puisqu'ils touchaient alors respectivement 14,4 % et 3,4 % de cette classe d'âge. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

---

(1) Voir encadré « Données sur le surpoids et l'obésité au niveau mondial ».

(2) Enquêtes réalisées en milieu scolaire auprès des élèves des grandes sections de maternelle, des classes de CM2 et des classes de troisième, en partenariat avec l'Éducation nationale, la Direction générale de la santé et depuis 2000 l'Institut nationale de veille sanitaire.

(Drees) note ainsi qu'« entre 2000 et 2006, la prévalence du surpoids à 5-6 ans a baissé globalement de 16 % »<sup>(1)</sup>.

**b) Dans les outre-mer, la prévalence du surpoids et de l'obésité reste « une source de préoccupation majeure »<sup>(2)</sup>**

• Le rapport de décembre 2009 de la Commission pour la prévention et la prise en charge de l'obésité a mis en évidence des disparités géographiques persistantes à la fois entre les régions de France hexagonale qu'entre l'Hexagone et les territoires ultramarins, soulignant ainsi que « la situation dans les collectivités d'outre-mer [était] plus particulièrement préoccupante chez les femmes, avec des prévalences nettement plus élevées qu'en métropole ».

La commission se basait alors sur plusieurs études différentes pour établir ce constat, résumé dans le tableau ci-après :

**Prévalence d'obésité et surpoids (adultes) dans les collectivités d'outre-mer**

	Obésité		Surpoids		Obésité et surpoids	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
<b>Mayotte</b> (15 ans et +) Nutrimay 2006 <sup>(3)</sup>	7,6	32,3	24,8	25,7	32,4	58
<b>Réunion</b> (18 ans et +) Reconsal 2002 <sup>(4)</sup>	8	20	38	33	46	53
<b>Martinique</b> (16 ans et +) Escal 2003-2004 <sup>(5)</sup>	14	26	38	29	52	55
<b>Guadeloupe</b> (25-74 ans) Consant 2007 <sup>(6)</sup>	14	31	37	34	51	65

Source : Rapport au Président de la République de la République de la Commission pour la prévention et de prise en charge de l'obésité, décembre 2009.

Pour les enfants, la Commission ne disposait pas de données représentatives, et a donc dû recourir à une approximation faite à partir du projet

(1) Bilan réalisé avant l'entrée à l'école primaire sur un échantillon de plus de 23 000 enfants publié, étude publiée dans « La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006 », DREES, Etudes et Résultats, n° 737, septembre 2010.

(2) Rapport au Président de la République de décembre 2009 de la Commission pour la prévention et de prise en charge de l'obésité.

(3) Vernay M et al. « Alimentation, état nutritionnel et état de santé dans l'île de Mayotte : l'étude Nutrimay 2006 », Institut national de veille sanitaire, 2009.

(4) Favier F. « Consommation alimentaire et activité physique des réunionnais », équipe REDIA – INSERM, 2002.

(5) Pierre Louis K et al. « Prévalence du surpoids de l'obésité et de l'hypertension artérielle en Martinique : l'étude Escal », 2003-2004.

(6) Kelly Irving M et al. « Surcharge pondérale et obésité en Guadeloupe : la prévention devrait-elle tenir compte des inégalités sociales ? », Enquête Consant, Revue épidémiologique de santé publique, 2008.

« École carambole »<sup>(1)</sup> mis en œuvre de 2006 à 2008 dans les villes de Bouillante (Guadeloupe), Gros Morne (Martinique) et Cayenne (Guyane)<sup>(2)</sup>.

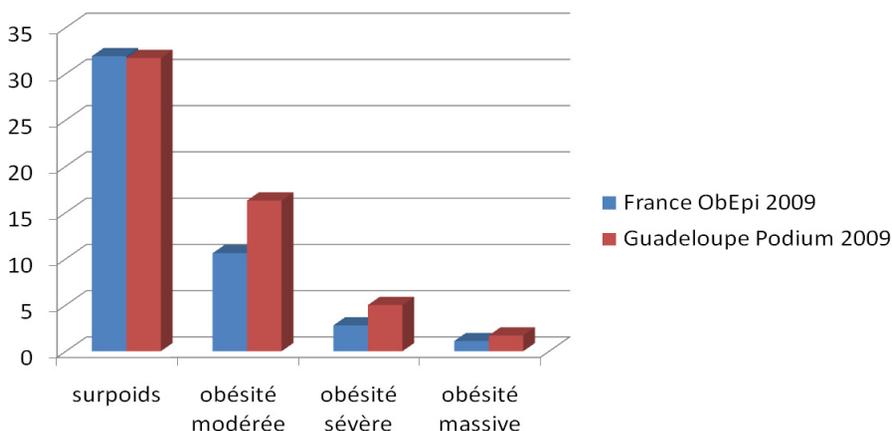
**Prévalence de la surcharge pondérale des enfants (surpoids et obésité)  
dans trois villes des Antilles et de la Guyane**

	Bouillante (Guadeloupe)		Gros-Morne (Martinique)		Cayenne (Guyane)	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
École maternelle	13 %	7 %	11 %	15 %	11 %	14 %
École élémentaire	18 %	17 %	27 %	26 %	12 %	19 %
Collège	11 %	17 %	23 %	25 %	16 %	28 %

Source : Rapport au Président de la République de la commission pour la prévention et de prise en charge de l'obésité, décembre 2009.

• Les résultats de l'enquête « Podium » (pour « prévalence de l'obésité, de sa diversité et de son image ultramarine ») menée en 2009 par l'association Agrum (Action groupée de recherche ultramarine) auprès de 5 400 personnes<sup>(3)</sup>, font également état de statistiques beaucoup plus élevées en termes de prévalence de l'obésité et du surpoids dans les territoires ultramarins que dans l'Hexagone, ainsi que le démontre très clairement le graphique ci-après élaboré par le docteur André Atallah, cardiologue au CHU de Basse-Terre et secrétaire de l'association.

## Comparaison PODIUM-OBEPI 2009



(1) Programme interrégional nutrition santé élaboré en direction des élèves des classes de cycle 2 et 3 visant à les sensibiliser notamment à la consommation de fruits et légumes, d'eau et à la pratique d'activités physiques.

(2) Plus de 3 400 élèves ont bénéficié de ce programme dans 11 établissements répartis dans les trois communes.

(3) 900 personnes par territoire dont 300 enfants et 600 adultes en Guadeloupe, Martinique, Guyane, Polynésie, Nouvelle Calédonie et à la Réunion.

Chez l'adulte, la fréquence du surpoids est en effet estimée à 55 % par l'enquête « Podium », avec une **prévalence de l'obésité à hauteur de 23 %**. Les femmes sont en outre beaucoup plus touchées par le phénomène de l'obésité que les hommes (27 % contre 18 %). Enfin, chez les enfants, les chiffres sont bien plus dramatiques encore : **23 % des 5 à 14 ans sont considérés en surpoids et 9 % d'entre eux sont obèses**, ce qui correspond quasiment au triple des estimations nationales.

La situation sanitaire en outre-mer est d'autant plus préoccupante que l'obésité favorise la survenue de diabète, d'hypertension, de maladies cardiovasculaires et respiratoires et d'atteintes articulaires sources de handicaps. Le docteur André Atallah constate ainsi que « **la présence de l'obésité multiplie par trois le risque d'être hypertendu**. En effet, dans cette étude [Podium], la fréquence de l'hypertension artérielle est de 15 % pour les personnes ayant un poids normal. Cette fréquence passe à 52 % quand il existe une obésité » <sup>(1)</sup>. Il souligne également que l'obésité dans l'enfance est associée à une augmentation du risque de mortalité prématurée à l'âge adulte, qui est estimée entre 50 % et 80 % selon les études <sup>(2)</sup>.

**Prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'adulte (15 à 74 ans)**

	Martinique		Guadeloupe		Guyane		Polynésie française	
<b>Maigre ou normal</b> (IMC < 25)	44,4 %		45,3 %		5,8 %		32,6 %	
<b>Surpoids</b> (25 ≤ IMC ≤ 29,9)	33,6 %	55,6 %	31,7 %	54,7 %	30,3 %	48,2 %	34,4 %	67,4 %
<b>Obésité</b> (IMC ≥ 30,0)	22,0 %		23,0 %		17,9 %		33,0 %	

Source : Enquête « Podium ».

**Prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant (5 à 14 ans)**

	Martinique n = 300		Guadeloupe n = 292		Guyane n = 296		Polynésie française n = 296	
Normal	75,5 %		77,1 %		82,1 %		67,9 %	
Surpoids	15,7 %	25,0 %	14,0 %	22,9 %	11,5 %	17,9 %	14,5 %	32,1 %
Obésité	9,3 %		8,9 %		6,4 %		17,6 %	

Source : Enquête « Podium ».

(1) Entretien accordé au site internet [www.francaeeantilles.fr](http://www.francaeeantilles.fr) le 11 janvier 2011.

(2) Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2006.

## B. LA RELATIVE IMPUISSANCE DES MESURES DE LUTTE CONTRE L'OBÉSITÉ

### 1. Les insuffisances du Plan national nutrition santé

#### a) Une évaluation mitigée du PNNS 2

Le Plan national nutrition santé, mis en œuvre depuis 2001, fait l'objet d'évaluations régulières sur la base d'enquêtes permettant de mesurer l'atteinte des objectifs préalablement fixés.

• S'agissant du **PNNS 2** (2006-2010), le rapport d'évaluation produit par l'Inspection générales des affaires sociales et le Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux a mis en évidence plusieurs avancées tout en pointant un certain nombre d'insuffisances au regard des enjeux de santé publique, et plus particulièrement au regard de la faiblesse des actions engagées dans la lutte contre l'obésité.

Ainsi, « *la réduction de 20 % de la prévalence du surpoids et de l'obésité*<sup>(1)</sup> *n'est pas obtenue bien qu'il soit constaté chez les adultes une relative stabilité du surpoids. En revanche chez les enfants il y a une stabilité de la prévalence du surpoids et de l'obésité. La question qui reste la plus préoccupante, tant chez les adultes que chez les enfants, est celle des personnes de milieux socio-économiques défavorisés chez lesquelles l'épidémie d'obésité continue de progresser : ce constat fait émettre de fortes réserves sur le caractère adapté et le niveau d'intensité des actions engagées par le PNNS, même si les fondements du PNNS restent solides en termes de santé publique* »<sup>(2)</sup>.

La mission d'évaluation se montrait en outre assez pessimiste sur l'avenir indiquant que « *sauf à concevoir un contenu du prochain PNNS assez largement différent de ceux qui l'ont précédé (en particulier par l'imposition de mesures à caractère contraignant dont il conviendrait de déterminer précisément la nature et le champ d'application) il semble peu crédible qu'un PNNS 3 atteigne mieux ses objectifs s'ils sont calqués sur ceux des deux premiers plans* ». La mission appelait en conséquence à s'interroger sur la redéfinition d'une partie des objectifs nutritionnels fixés par le plan, soulignant l'existence, dans le domaine de l'obésité, d'un « *fort risque de disqualification du PNNS si la poursuite de l'évolution de cette épidémie reste conjuguée à un éloignement croissant des objectifs que se donnent en ce domaine les plans successifs* ».

• Concernant plus spécifiquement les actions du PNNS 2 mises en œuvre en outre-mer, des évaluations ponctuelles semblent aller dans le même sens que ce

---

(1) Objectif retenu dans le cadre du plan.

(2) « *Évaluation du Programme national nutrition santé PNNS 2* », rapport conjoint de l'inspection générales des affaires sociales et du Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux, avril 2010.

rapport d'évaluation, comme celle relative au programme « École carambole » (cf. encadré ci-après).

***Le programme « École carambole »***

Le programme interrégional nutrition santé (PINS) « École Carambole », mis en œuvre pendant une durée de trois ans (2006-2008), avec pour objectifs de diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants, d'augmenter l'activité physique, de réduire la part des produits riches en glucides simples ajoutés dans l'alimentation et d'augmenter la consommation de fruits et d'eau, a fait l'objet d'une évaluation réalisée l'observatoire régional de santé de Guadeloupe, en étroite collaboration avec les observatoires de Martinique et de la Guyane. Aux termes de cette évaluation, **les objectifs initiaux (diminution de 10 % de la surcharge pondérale) n'ont pas été atteints**, même si les indicateurs mesurés à l'issue du PINS ne reflètent pas une dégradation de la situation des jeunes scolarisés : la non-évolution de la surcharge pondérale est considéré un résultat intéressant en soi (14 % à Bouillante, 20 % à Cayenne et 22 % au Gros-Morne).

À noter que les derniers chiffres publiés par l'Observatoire régional de la santé de Guadeloupe sur la base des relevés effectués lors de l'entrée en CP des enfants nés en 2006 évaluent la prévalence de la **surcharge pondérale en grande section de maternelle à 12,6 % en Guadeloupe** (soit 8,8 % de surpoids et 4,4 % d'obésité). Elle est deux fois supérieure à Saint-Martin, avec 26,4 % des enfants concernés dont 15,4 % en surpoids et 10,9 % considérés comme obèses. Marie-Galante se distingue également de la Guadeloupe avec une prévalence de la surcharge pondérale de 16,5 % (10,7 % de surpoids et 5,8 % d'obésité). En revanche, à Saint-Barthélemy, aucun enfant n'est touché par l'obésité.

***b) Le lancement d'un plan obésité et d'une déclinaison outre-mer du PNNS***

• A la suite de la publication du rapport d'évaluation du PNNS 2, un troisième PNNS a été officiellement lancé le 20 juillet 2011 pour la période 2011-2015, avec pour cible prioritaire les populations vulnérables (personnes handicapées, défavorisées ou âgées). Ce **PNNS 3** s'accompagne en outre d'un **Plan Obésité** sur la période 2010-2013 afin de concentrer les efforts visant à stabiliser la prévalence de l'obésité et réduire le surpoids de 10 % chez les adultes et à diminuer de 15% la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et adolescents. Enfin, ces deux plans disposent désormais d'une **déclinaison outre-mer**, rassemblant des actions communes à l'ensemble des territoires ultramarins, ainsi que des actions adaptées à la situation nutritionnelle de chaque territoire.

Après plusieurs mois de concertation, la déclinaison outre-mer du PNNS et du Plan Obésité a finalement été officiellement lancée le **10 février 2012** par une instruction validée par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé (ARS). Cette déclinaison s'articule autour de trois axes détaillés dans l'encadré ci-après.

***PNNS plan obésité : déclinaison outre-mer***

(extraits)

Mesures et actions communes à la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion et Mayotte

• **AXE 1 AMÉLIORER L'OFFRE ALIMENTAIRE ET FAVORISER LA PRATIQUE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE**

**Mesure 1** • Améliorer l'accessibilité à une alimentation de qualité nutritionnelle favorable à la santé

– **Action 1 : Faire en sorte que, pour une gamme comparable de produits, la teneur moyenne en sucre soit identique dans les territoires des départements d'outre-mer et en métropole** par

- 1.1) la conduite d'enquêtes de terrain réalisées sur la base d'une liste de produits non exhaustive identifiés comme étant plus sucrés que les produits de même marque commercialisés en métropole (services déconcentrés de la DGCCRF et/ou de la DAAF) ;
- 1.2) l'analyse de l'offre en produits transformés dans les territoires concernés (étude de faisabilité conduite par l'Observatoire de l'alimentation) ;
- 1.3) la promotion de la signature des chartes d'engagement de progrès nutritionnel (PNNS) et des accords collectifs (PNA).

– **Action 2 : Agir sur l'offre alimentaire en milieu scolaire** par

- 2.1) la mise en application spécifique aux départements d'outre-mer des dispositions de la loi de modernisation de l'agriculture relatives à l'amélioration de la qualité des repas servis dans le cadre de la restauration scolaire ;
- 2.2) l'accompagnement de la circulaire du ministère chargé de l'Éducation nationale sur les prises alimentaires à l'école : en insistant sur l'éducation à la santé nutritionnelle et en sensibilisant sur l'installation de points d'eau en lien avec les collectivités locales ;
- 2.3) la poursuite d'actions pédagogiques auprès des enfants du type : « opération un fruit au goûter » conduite par le ministère chargé de l'alimentation ;
- 2.4) l'encouragement à la consommation d'eau potable en tant que boisson principale et notamment dans les établissements scolaires ainsi que la garantie de l'absence de sodas de toutes natures (boissons rafraîchissantes sans alcool) dans les enceintes scolaires ;
- 2.5) la mise en forme d'une information pour les élus, ainsi que les parents et les enfants sur la qualité nutritionnelle des aliments vendus à proximité des établissements scolaires (camions boutiques et autres « établissements » de restauration rapide).

– **Action 3 : Valoriser les ressources et la production agroalimentaire locales qui contribuent aux orientations du PNNS** par

- 3.1) la contribution au développement des filières agricoles locales et à leur valorisation pour parvenir à une plus grande consommation des produits locaux bruts et transformés qui contribuent à l'atteinte des objectifs du PNNS ;
- 3.2) la promotion de l'approvisionnement régulier via les circuits locaux ;
- 3.3) l'encouragement aux entreprises locales à investir dans la démarche de charte d'engagement de progrès nutritionnel (PNNS) et les accords collectifs (PNA).

– **Action 4 : Agir sur le dispositif d'aide alimentaire** par

- 4.1) l'amélioration de la logistique et les systèmes d'information des associations œuvrant dans le champ de l'aide alimentaire prévue dans le cadre du plan de relance de l'économie et sur le fondement des recommandations du rapport Igas-CGAAER de 2009 ;
- 4.2) la sensibilisation et la formation à l'équilibre nutritionnel et aux modes culinaires favorables à la santé des bénévoles de l'aide alimentaire notamment via les actions mises en œuvre dans le cadre du Plan alimentation insertion (PAI) et du PNA ;
- 4.3) l'encouragement à la mise en œuvre d'actions spécifiques à chaque région : jardins familiaux, paniers de la mer, camion solidaire, épicerie solidaire.

**Mesure 2** • Favoriser la pratique d'activité physique et sportive

– **Action 5** : *Promouvoir, développer et augmenter le niveau d'activité physique quotidienne pour tous*

– **Action 6** : *Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée chez les populations en situation de handicap, défavorisées, âgées ou atteintes de maladies chroniques*

**Mesure 3** • Impliquer les collectivités locales

– **Action 7** : *Favoriser la participation des collectivités locales à la mise en place d'actions contribuant à l'atteinte des objectifs du PNNS*

• **AXE 2** RENFORCER LA SURVEILLANCE DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL ET AMÉLIORER LE DÉPISTAGE LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ ET DES PATHOLOGIES ASSOCIÉES

– **Action 8** : *Renforcer la surveillance de l'état nutritionnel de la population*

– **Action 9** : *Améliorer le dépistage et la prise en charge de l'obésité et des maladies associées (diabète, hypertension artérielle...)*

• **AXE 3** ADAPTER LA COMMUNICATION ET RENFORCER L'ÉDUCATION NUTRITIONNELLE

– **Action 10** : *Développer une communication adaptée* par :

10.1) une prise en compte des spécificités linguistiques dans la communication du PNNS avec la conception de messages et d'outils adaptés au contexte local ;

10.2) l'intégration des notions relatives à « la réduction du temps passé devant un écran », à « la promotion du sommeil », aux « bienfaits de l'activité physique » dans les outils de communication

– **Action 11** : *Renforcer l'éducation nutritionnelle*

Si on ne peut que partager les orientations de cette déclinaison outre-mer du PNNS Plan Obésité, force est de constater que plus d'un an après son lancement, la traduction concrète sur le terrain de nombre de ces mesures se fait encore attendre et semble bien impuissante à enrayer les tendances à l'œuvre.

## **2. Des inégalités de santé qui frappent durement les populations fragiles**

Tant au niveau national qu'au niveau strictement ultramarin, les plans de lutte contre l'obésité ne semblent pas avoir permis d'inflexions notables de la situation sanitaire en France. Certaines inégalités en termes de prévalence de ces maladies se seraient même renforcées ces dernières années.

L'étude Obépi 2012 note ainsi la persistance d'un **très net gradient social de l'obésité**. Ce constat touche en outre aussi bien les adultes que les enfants. Déjà, en 2006, si l'on pouvait se féliciter d'une baisse de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants parallèlement à la mise en place entre 2001 et 2005 du premier PNNS, l'analyse des données des enquêtes scolaires démontrait également que la baisse de la prévalence de la surcharge pondérale était plus marquée dans les milieux favorisés, contribuant ainsi au **creusement des inégalités sociales** et illustrant l'impact précoce des facteurs socioéconomiques et culturels. La Drees souligne à cet égard que « *la situation économique de la famille peut en effet conduire certaines populations socialement défavorisées à*

*renoncer ou à limiter l'achat de produits alimentaires, comme les fruits et légumes dont une consommation quotidienne est pourtant préconisée dans le PNNS. Des facteurs culturels qui régissent les habitudes de vie au quotidien, comme celles touchant l'alimentation ou l'activité physique, constituent également des éléments favorisant ces différences sociales à l'égard de la surcharge pondérale. Ainsi, dans les milieux les plus modestes, l'alimentation est moins souvent considérée comme un facteur associé à la santé* »<sup>(1)</sup>.

À cet égard, force est de constater que le **niveau de vie dans les outre-mer** demeure globalement inférieur à celui de la métropole : les PIB des départements d'outre-mer (DOM) étaient ainsi en 2009 tous inférieurs à 75 % de la moyenne des PIB par habitant de l'Union européenne : 56,8 % pour la Guyane, 60,6 % pour la Réunion, 67,3 % pour la Guadeloupe, 74,9 % pour la Martinique<sup>(2)</sup>. D'après l'INSEE, le revenu médian par unité de consommation des ménages des DOM était, en 2006, inférieur de 38 % à celui des ménages de l'Hexagone<sup>(3)</sup>. Enfin, les comparaisons de prix mettent en évidence des décalages importants, notamment pour des produits de première nécessité, comme les produits alimentaires. L'INSEE estime que ces écarts s'expliquent « *en partie par la cherté des produits alimentaires outre-mer : **vus de France métropolitaine, les prix de l'alimentaire sont plus élevés de 34 à 49 % outre-mer et, vus des DOM, inférieurs de 9 % à 22 % en France métropolitaine par rapport aux départements ultramarins*** »<sup>(4)</sup>. L'approche de l'INSEE consiste, d'une part, à mesurer la variation du budget de consommation d'un ménage métropolitain qui vivrait outre-mer tout en conservant ses habitudes de consommation métropolitaines et, d'autre part, à mesurer de combien augmenterait ou diminuerait le coût du panier de consommation d'un ménage ultra-marin s'il achetait ses produits aux prix pratiqués en France métropolitaine. En prenant comme référence la structure de consommation de chaque département d'outre-mer, les prix de ces produits en France métropolitaine apparaissent inférieurs de plus de 22 % à ceux pratiqués en Guyane, de presque 14 % en Martinique, de près de 11 % à La Réunion et de plus de 9 % en Guadeloupe. Avec le panier métropolitain, les écarts de prix sont plus importants, s'étalant de + 34 % en Guadeloupe à + 49 % en Guyane<sup>(5)</sup>.

Enfin, il convient également de souligner que **niveau d'instruction et prévalence de l'obésité continuent d'être inversement proportionnels**. Il est à cet égard vraisemblable que les campagnes de prévention n'ont pas le même impact selon l'appartenance sociale des familles et leurs perceptions du rôle de l'alimentation. Comme le souligne là encore la Drees, « *dans les milieux plus modestes, les messages de prévention sur la nutrition peuvent être plus souvent*

---

(1) « *La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006* », DREES, *Études et Résultats*, n° 737, septembre 2010.

(2) *Rapport n° 1579 fait par M. Gaël Yanno au nom de la commission des finances sur le projet de loi pour le développement économique des outre-mer (1<sup>er</sup> avril 2009)*.

(3) « *Les inégalités de revenus entre les DOM et la métropole* », INSEE Première, n° 1279, février 2010.

(4) « *Comparaison des prix entre les DOM et la métropole en 2010* », INSEE Première, n° 1304, juillet 2010.

(5) *Le prix du panier de produits alimentaires métropolitain est supérieur de 33,8 % en Guadeloupe, de 36,6 % à La Réunion, de 44,6 % en Martinique et de 49 % en Guyane.*

*perçus comme des injonctions contraignantes que comme des conseils, pouvant susciter davantage de rejet que d'adhésion* »<sup>(1)</sup>. Cette **problématique culturelle** est également très prégnante dans les outre-mer où l'on constate que les campagnes de prévention élaborées dans l'Hexagone ne trouvent pas nécessairement leur cible ou ont un impact bien moindre en termes de santé publique lorsqu'elles ne sont pas adaptées au contexte local, voire traduites en créole. Il est important que l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), qui dispose en principe d'un budget lui permettant de relayer les campagnes d'information gouvernementales en les adaptant, par exemple en matière de nutrition, aux aliments et modes de consommation locaux, voire en les traduisant dans d'autres langues, systématise cette démarche. À titre d'exemple, on notera que plus de 21 % des Guadeloupéens achètent des produits d'alimentation dans la rue auprès de vendeurs ambulants (hors marchés)<sup>(2)</sup> ; le phénomène des « camions boutique » ou « camions bar » est également très important à la Réunion. Une communication nutritionnelle adaptée à ces modes de consommation est donc indispensable.

En conclusion, rappelons que l'indice de développement humain (IDH), qui mesure les réalisations moyennes d'un pays sur trois aspects fondamentaux que sont la santé, l'éducation et les revenus, classe les territoires ultramarins à un **niveau de développement humain de 12 % inférieur en moyenne à celui de la France hexagonale**<sup>(3)</sup>. Si l'on traduit ces chiffres en nombre d'années d'écart de développement avec la métropole, on constate que l'indice de la Guadeloupe en 2010 serait celui de la France métropolitaine de 1998, soit douze années d'écart. Cet écart serait de l'ordre d'une génération pour La Réunion (vingt-cinq années), de vingt-sept années pour la Guyane et de vingt-huit années pour la Polynésie française.

---

(1) *Études et résultats n° 737, op. cit.*

(2) *Chiffres tirés de l'étude de l'Observatoire régional de santé de Guadeloupe, « Comportements alimentaires et perceptions de l'alimentation en Guadeloupe en 2010 », mars 2012.*

(3) *Cet écart va de 7 % en Guadeloupe à 17 % en Polynésie française d'après une étude récente de l'Agence Française de Développement, « Quel niveau de développement des départements et collectivités d'outre-mer ? Une approche par l'indice de développement humain », document de travail n° 129, novembre 2012.*

## II. UNE ACTION SPÉCIFIQUE SUR LE SUCRE S'IMPOSE

### A. RÉDUIRE LA CONSOMMATION DE SUCRES, UN OBJECTIF PARTAGÉ

#### 1. Le lien entre consommation de sucres et obésité n'est plus à démontrer

La consommation de sucre était de 2 kilos par personne et par an en France au XIX<sup>ème</sup> siècle, elle atteint aujourd'hui les 35 kilos et dépasse même les 50 kilos aux États-Unis. Si cette consommation a logiquement progressé avec l'abondance et la disponibilité de la ressource, force est de constater que la consommation de sucre entraîne en elle-même un phénomène d'addiction bien connu, non seulement des neuroscientifiques, mais également des industriels de l'agroalimentaire qui consacrent une part non négligeable de leurs budgets de recherche et développement à affiner la composition de leurs produits afin de rendre le consommateur toujours plus « accro ».

Même si, formellement, aucun lien de causalité direct entre sucre et obésité n'a été établi à ce jour, il existe un **faisceau d'arguments permettant d'établir la responsabilité de la consommation excessive de sucre dans le développement du surpoids et de l'obésité**. Ainsi, selon l'organisation mondiale de la santé, le sucre fait partie, avec le gras et le manque d'activité physique, des trois causes principales de l'épidémie d'obésité à laquelle nous assistons à l'échelle planétaire. Dans un rapport datant de 2003<sup>(1)</sup>, l'organisation recommande ainsi de limiter la consommation de sucres libres (sucres ajoutés et sucres des jus de fruits) afin de prévenir le risque de surpoids et d'obésité. Elle considère à cet égard que « *la consommation élevée et croissante de boissons sucrées par les enfants de beaucoup de pays est très préoccupante* » dans la mesure où des études ont estimé que **chaque canette ou verre supplémentaire de boisson sucrée qu'ils consomment chaque jour augmente de 60 % le risque d'obésité**<sup>(2)</sup>. La plupart des données à l'appui de cette estimation se rapportent aux boissons gazeuses, mais un grand nombre de boissons aux fruits et de sirops sont également énergétiques et peuvent provoquer une prise de poids si on les consomme en grandes quantités.

L'**apport de « calories vides »** (apport de sucres sans aucun nutriment, ni vitamines, ni minéraux) par la consommation, par exemple, de sodas a ainsi été identifié depuis près d'une quinzaine d'années comme un élément favorisant le surpoids et l'obésité. La démonstration du rôle spécifique des boissons sucrées a notamment été apportée par une étude américaine concluant que **l'excès de prise**

---

(1) *Série de rapports techniques n° 916, « Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques ».*

(2) *Mattes RD. « Dietary compensation by humans for supplemental energy provided as ethanol or carbohydrate in fluids », Physiology and Behaviour, 1996.*

**de poids est proportionnel à la consommation de sodas.** Cette étude de 1999 soulignait que la consommation de sodas avait été multipliée par trois en vingt ans et qu'elle augmentait sensiblement la consommation d'énergie des enfants et adolescents : l'apport énergétique moyen d'enfants de 6 à 12 ans est ainsi estimé à 1830 Kcal/jour pour un enfant qui ne boit pas de sodas, contre 2018 Kcal/jour pour un consommateur quotidien de 270 ml de sodas <sup>(1)</sup>. Plusieurs articles récents parus dans le *New England Journal of Medicine* confirment ces conclusions <sup>(2)</sup>. L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) cite également dans son rapport d'octobre 2004 « Glucides et santé : état des lieux, évaluation et recommandations », des études britanniques ayant *a contrario* concluent à la stabilisation du pourcentage d'enfants obèses lorsque des mesures sont prises pour réduire la consommation des seules boissons sucrées pétillantes et diminuer le contenu en énergie des jus de fruits en les diluant dans deux volumes d'eau.

## **2. La réduction de la consommation de sucres, un instrument prioritaire dans la lutte contre l'obésité**

Au vu des résultats des études précitées démontrant un lien entre sucres et obésité, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) recommande aujourd'hui de « *réduire de 25 % la consommation de glucides simples et particulièrement les glucides simples ajoutés* », de fournir « *une meilleure information des consommateurs sur la question des glucides* », et d'accompagner ces mesures « *d'actions à destination des industriels afin de réduire la teneur en glucides simples ajoutés dans les produits manufacturés* » <sup>(3)</sup>. Ces constats et ces recommandations sont largement partagés.

La lutte contre la consommation excessive de sucre fait ainsi partie intégrante de la **Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé** adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé en 2004. L'organisation en appelle à la fois aux États pour créer un environnement propice à des choix alimentaires sains et à l'industrie agroalimentaire pour améliorer la qualité de l'offre alimentaire « *en réduisant la teneur en graisse, en sucre et en sel des aliments préparés ; en proposant à tous les consommateurs des produits sains et nutritifs à un prix abordable ; en pratiquant un marketing responsable, en particulier quand elle s'adresse aux enfants et aux adolescents* » (cf. encadré *infra*).

---

(1) Harnack, L, Stang, J, Story, M, « *Soft drink consumption among US children and adolescents : nutritional consequences* », *J. Am. Diet Association*, 1999.

(2) *New England Journal of Medicine*, vol. 367, n° 15, 11 octobre 2012.

(3) Extraits du site internet [www.anses.fr](http://www.anses.fr).

***Recommandations de l'Organisation mondiale de la santé  
en matière de lutte contre l'obésité***

L'OMS considère que le surpoids et l'obésité, ainsi que les maladies non transmissibles dont ils sont la cause, peuvent en grande partie être évités. L'organisation estime néanmoins que, pour que les gens puissent **choisir des aliments plus sains et faire régulièrement de l'exercice** physique, et ainsi éviter de devenir obèses, ils doivent absolument **vivre dans un environnement propice à ces choix en termes d'accessibilité, de disponibilité et de coût**, et bénéficier du soutien de leur communauté.

Plus généralement, l'organisation recommande à chacun de veiller à :

- limiter l'apport énergétique provenant de la consommation de graisses totales et de sucres ;
- consommer davantage de fruits et légumes, de légumineuses, de céréales complètes et de noix ;
- avoir une activité physique régulière (60 minutes par jour pour un enfant et 150 minutes par semaine pour un adulte).

Constatant que « *les gens ne peuvent prendre efficacement ce type de précautions que s'ils ont les moyens d'avoir un mode de vie sain* », l'OMS recommande par ailleurs aux États :

- d'aider les individus à suivre les recommandations ci-dessus moyennant un engagement politique durable et la collaboration de nombreux acteurs publics et privés ;
- de donner à tous, notamment aux plus pauvres, un accès facile et abordable aux moyens de pratiquer une activité physique régulière et d'avoir un régime alimentaire sain.

Elle appelle en outre **l'industrie agro-alimentaire** à jouer un rôle important de promotion des régimes alimentaires sains :

- **en réduisant la teneur en graisse, en sucre et en sel** des aliments préparés ;
- **en proposant à tous les consommateurs des produits sains et nutritifs à un prix abordable** ;
- **en pratiquant un marketing responsable, en particulier quand elle s'adresse aux enfants** et aux adolescents.

Ces recommandations figurent dans la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé en 2004, stratégie qui s'intègre désormais dans le Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, au même titre que la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Ce plan d'action propose une feuille de route en vue d'instaurer et de renforcer des initiatives en faveur de la surveillance, de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles.

Dans la Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, adoptée en septembre 2011, il est reconnu qu' « **il importe au plus haut point de réduire le degré d'exposition de l'individu et des populations à une alimentation malsaine et au manque d'exercice physique** ».

*Source : Organisation mondiale de la santé, 2013.*

**B. LIMITER LA TENEUR EN SUCRES DES PRODUITS CONSOMMÉS EN  
OUTRE-MER, UN IMPÉRATIF**

La lutte contre l'excès de sucres dans l'alimentation prend une dimension particulière dans les outre-mer en raison de la teneur en sucres très élevée des produits alimentaires transformés. Les choix nutritionnels des populations

ultramarines sont donc contraints, limités par une offre alimentaire déséquilibrée, où le sucre est présent à l'excès, notamment dans certaines denrées de consommation courante, comme les yaourts ou les sodas. En l'absence d'étiquetage nutritionnel obligatoire, les populations ignorent cependant le risque qu'elles encourent. On peut donc considérer que **consommateurs ultramarins et consommateurs métropolitains ne sont pas égaux face au risque présenté par la consommation excessive de sucre**, et c'est la raison pour laquelle la diminution de la teneur en sucres ajoutés dans les denrées alimentaires distribuées outre-mer doit être jugée prioritaire.

### 1. Les résultats concordants de plusieurs études...

Les régions de Guadeloupe et de Martinique, en lien avec le Pôle agroalimentaire régional de la Martinique (PARM), d'une part, et la direction de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DAAF) de la Réunion, d'autre part, ont récemment documenté ces différences de taux de sucre entre les produits alimentaires distribués dans les outre-mer et ceux commercialisés dans l'Hexagone au travers d'études comparatives aux résultats assez édifiants (décembre 2011). Ces enquêtes ont en outre permis de comparer la teneur en sucres de certains produits présents uniquement sur le marché ultramarin avec des produits équivalents : là aussi, on constate des écarts importants ne serait-ce qu'entre les taux de sucre des sodas locaux et le taux de sucre du soda le plus sucré distribué dans l'Hexagone, comme le montrent les extraits annexés au présent rapport.

- La première enquête s'est déroulée en deux temps : tout d'abord, la région Guadeloupe a fait acheminer des sodas achetés en Guadeloupe, en Martinique, en Guyane, à la Réunion, à Mayotte et en Nouvelle-Calédonie et a fait procéder à leur analyse par le laboratoire de référence Eurofins de Nantes ; parallèlement, la région Martinique a fait réaliser par le même laboratoire des analyses comparées de produits laitiers frais fabriqués et vendus en Martinique et des produits équivalents fabriqués dans l'Hexagone.

Il ressort de cette enquête que les produits de type « boissons rafraîchissantes sans alcool » (BRSA) et les yaourts ont une teneur en sucres nettement plus forte que leurs produits équivalents vendus dans l'Hexagone. Si certaines grandes marques de colas ont des teneurs en sucre quasi-identique dans l'Hexagone et en outre-mer, **le différentiel peut atteindre 44 % pour un soda aromatisé à l'orange**. La quasi-totalité des boissons de marques locales présentent également une richesse en sucres bien supérieure à la référence la plus sucrée de métropole dans la gamme des boissons rafraîchissantes sans alcool, avec un **écart moyen supérieure à 20 %**.

- À la Réunion, une méthodologie d'analyse comparative de la composition nutritionnelle des produits alimentaires <sup>(1)</sup> validée par l'Observatoire

---

(1) Sur la base des valeurs nutritionnelles figurant sur l'étiquetage.

de la qualité de l'alimentation (OQALI) a été utilisée par la DAAF afin d'examiner leur teneur en sucres.

Là encore, il ressort de l'enquête que les **produits de type « boissons rafraîchissantes sans alcool »** ont une teneur en sucres nettement plus forte que leurs équivalents hexagonaux :

- colas : + 7 %
- limonades : +12 %
- tonics et bitters : + 28 %
- boissons aux fruits gazeuses : + 20 %.

Il en va de même des **yaourts** :

- yaourts nature : + 13 %
- yaourts sucrés et/ou aromatisés : + 8 %
- yaourts aux fruits : + 12 %
- fromages frais aromatisés ou aux fruits : + 3 %.

• À la suite de ces travaux, l'agence régionale de santé de l'Océan indien a entrepris des démarches auprès des deux principaux industriels réunionnais de produits laitiers frais, *Cilam* (Yoplait) et *Sorelait* (Danone) afin de les inciter à signer des chartes d'engagement de progrès nutritionnels. Ces démarches n'ont pour l'heure pas abouti.

Par ailleurs, lorsque l'on interroge les industriels tant sur les raisons d'une présence en elle-même très élevée de sucres dans les denrées alimentaires que sur les différences susceptibles d'affecter y compris des produits similaires de même marque, les explications fournies par les industriels – tenant principalement au goût du consommateur – apparaissent peu convaincantes et ne sauraient constituer un obstacle suffisant à l'amélioration de la composition de ces produits.

Car, aujourd'hui, **la situation est d'autant plus pénalisante pour le consommateur que celui-ci est insuffisamment informé de la composition des denrées qu'il consomme**. Rappelons en effet qu'en l'absence d'allégation nutritionnelle figurant sur ces produits, la réglementation européenne n'impose pas aujourd'hui la présence d'un **étiquetage nutritionnel** <sup>(1)</sup>. C'est ainsi que la plupart des sodas locaux n'affichent pas le taux de sucres qu'ils contiennent. Cette situation devrait néanmoins être amenée à évoluer avec l'entrée en vigueur du règlement « Infocom » <sup>(2)</sup>, qui inclut dans la liste des mentions obligatoires devant

---

(1) Aux termes de l'article 2 de la directive 90/496/CE relative à l'étiquetage nutritionnel des denrées alimentaires, l'étiquetage nutritionnel ne devient obligatoire que lorsqu'une allégation nutritionnelle figure sur l'étiquetage, la présentation ou la publicité.

(2) Règlement 1169/2011 du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2011 concernant l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires.

figurer sur les denrées alimentaires transformées une « **déclaration nutritionnelle** » comprenant la valeur énergétique ainsi que la quantité de graisses, d'acides gras saturés, de glucides, de sucres, de protéines et de sel (article 30). Des formes d'expression et de présentation complémentaires seront en outre autorisées (comme les logos nutritionnels) sous réserve de respecter un certain nombre de conditions strictes prévues à l'article 35. Si le nouveau règlement est censé entrer en vigueur le 13 décembre 2014, les dispositions relatives à la déclaration nutritionnelle ne deviendront toutefois **pas obligatoires avant le 13 décembre 2016** (article 54). Seule « contrainte » pour les industriels entre le 13 décembre 2014 et le 13 décembre 2016 : lorsque la déclaration nutritionnelle est fournie à titre volontaire, elle doit respecter les dispositions du règlement.

## 2. ... plaident en faveur d'une action forte des pouvoirs publics

- Aussi bien les travaux de l'Organisation mondiale de la santé que les principes dégagés dans le cadre du PNNS 3 mettent l'accent sur la nécessité pour les pouvoirs publics d'**améliorer l'environnement nutritionnel de la population et d'agir dans le but de rendre accessible à tous un choix alimentaire favorable pour la santé**. Cette stratégie, qui repose avant tout sur des actions de communication, d'information, de prévention et d'éducation, se heurte néanmoins aux diktats imposés par l'industrie agroalimentaire en fonction de ses propres stratégies commerciales. Aussi les actions mises en œuvre à ce jour apparaissent-elles insuffisamment volontaristes ou contraignantes pour pouvoir réellement porter leurs fruits, du moins à court terme.

Comme nous le verrons plus loin, la portée et le nombre limités des chartes d'engagement nutritionnel signées depuis 2007 (moins de sept par an !) démontrent bien que la partie qui se joue entre l'État et les acteurs économiques est inégale et qu'**en l'absence de contrainte ou d'incitation fortes, l'industrie n'a aucun intérêt à accepter de se lier les mains** <sup>(1)</sup>.

Cette forme d'impuissance des pouvoirs publics en matière de prévention a d'ailleurs été récemment documentée sur un plan scientifique. Une étude parue dans la revue *The Lancet* le mois dernier a ainsi analysé l'efficacité des modèles d'autorégulation des professionnels, de partenariat public/privé ou, plus largement, d'interaction entre les sphères publique et privée en matière de prévention des méfaits résultant de la consommation de tabac, d'alcool et de nourriture industrielle <sup>(2)</sup>. Elle indique que les industriels de ces différents secteurs

---

(1) *La réduction des taux de sel dans les aliments, évoquée lors de l'audition du professeur Serge Hercberg, constitue à cet égard un contre-exemple intéressant : il apparaît en effet que si les pouvoirs publics sont parvenus à réduire la teneur en sel des produits transformés, c'est uniquement parce que les marges de progrès étaient très importantes et que les taux de sel pouvaient être diminués sans que cela ne pose de problème technique ou organoleptique.*

(2) « *Profits and pandemics : prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries* », Rob Moodie, David Stuckler, Carlos Monteiro, Bruce Neal, Thaksaphon Thamarangsi, Paul Lincoln, Sally Casswell, on behalf of *The Lancet Non-Communicable Diseases (NCDs) Action Group*, *The Lancet*, Vol 381, 23 février 2013.

ne devraient pas interférer dans la définition des politiques de lutte contre les maladies non-transmissibles que ce soit au niveau national ou international en l'absence d'une quelconque preuve de l'efficacité ou de la sécurité de ces modes de régulation. L'étude conclut en indiquant que **le seul mécanisme à avoir fait la preuve de son efficacité pour lutter contre les effets néfastes pour la santé de ces produits est l'instauration d'une forme de régulation par les pouvoirs publics** (encadrement législatif, taxation, interdiction, restriction sur la publicité, *etc.*) et en recommandant l'instauration de mesures de ce type pour réduire le taux de mortalité et de morbidité lié aux maladies non-transmissibles.

Plus concrètement, le professeur Serge Hercberg, président du Plan national nutrition santé, a souligné lors de son audition par votre rapporteure que les objectifs de celui-ci en matière de surpoids et d'obésité n'avaient pas été atteints et que les actions mises en œuvre n'avaient pas eu une efficacité suffisante en dépit de leur effet globalement positif. Tout en appelant à pérenniser et amplifier ces actions, il a estimé que deux obstacles empêchaient pour l'heure la réalisation des progrès significatifs : **l'impossibilité pour le consommateur de juger de la qualité nutritionnelle des aliments** en l'absence d'une information pertinente et claire <sup>(1)</sup> et **l'absence de régulation publique en matière de composition des aliments**. À cet égard, il a indiqué à votre rapporteure qu'il existait désormais suffisamment d'arguments de type mécanistique, clinique ou épidémiologique consensuels au niveau scientifique pour recommander une diminution des taux de sucre dans les aliments et justifier une intervention législative.

---

(1) Le professeur Hercberg a notamment pris l'exemple des logos nutritionnels qui pourront désormais être utilisés dans le cadre du règlement « Infocom ».

### III. UN TEXTE ATTENDU DEPUIS PRÈS DE DEUX ANS

#### A. LA PROPOSITION DE LOI DE VICTORIN LUREL EXAMINÉE EN 2011

##### 1. Un texte consensuel rejeté *in extremis*

• Partant du constat rappelé plus haut de l'écart entre les taux de sucre contenus dans certains produits alimentaires consommés outre-mer et ceux contenus dans les mêmes produits de mêmes marques vendus dans l'Hexagone et, plus généralement, de l'existence de taux de sucre élevés dans les produits distribués localement, notamment les sodas et de certaines spécialités laitières, la proposition de loi de Victorin Lurel proposait un dispositif simple, en deux temps :

– tout d'abord, interdire qu'un produit vendu outre-mer soit plus sucré que le même produit de même marque vendu dans l'Hexagone (article 1<sup>er</sup>) ;

– ensuite donner la possibilité au Gouvernement, après avis du Haut Conseil de la santé publique, de fixer des teneurs en sucres maximales pour certaines denrées qui se révéleraient particulièrement nocives pour la santé (article 2).

Lors de son examen en commission, la proposition de loi avait notamment reçu le soutien d'Yves Bur qui avait souligné qu' « *on ne saurait, en même temps, instituer une taxe sur les sodas et accepter qu'en certains points du territoire, les groupes agro-alimentaires aient une pratique particulière en termes d'ajout de sucres* ». S'estimant favorable, à titre personnel, à la proposition de loi, il avait estimé nécessaire d' « *envoyer un signal* »<sup>(1)</sup>. Elie Aboud avait lui-aussi affirmé vouloir voter « *sans état d'âme (...) cette proposition de loi, car il s'agit d'un sujet de santé publique majeur* ».

Le texte, après avoir été précisé sur plusieurs points<sup>(2)</sup>, avait ainsi été adopté par la commission des affaires sociales.

• Lors de l'examen de la proposition de loi en séance le 11 octobre 2011, de nombreux députés de la majorité de l'époque avaient également soutenu le texte et lui avaient apporté leurs voix, dont l'ensemble des représentants du groupe Nouveau Centre présents dans l'hémicycle ainsi que plusieurs personnalités éminentes et reconnues pour leur expertise en matière de santé publique appartenant au groupe UMP, telles que le président de la commission des affaires sociales, Pierre Méhaugier, Yves Bur ou encore Jean-Pierre Door.

---

(1) *Compte-rendu de la réunion de la commission des affaires sociales du 28 septembre 2011.*

(2) *Utilisation du mot « sucre » au pluriel, référence à un produit « similaire » (et non « identique ») de même marque à l'article 1<sup>er</sup>, extension du champ de l'article 2 à l'ensemble des denrées alimentaires distribuées outre-mer avec fixation d'une liste par le même arrêté du ministre de la santé que celui définissant les teneurs maximales.*

Le ministre chargé de la santé, M. Xavier Bertrand, tout en estimant que la proposition de loi reposait « *sur un bon diagnostic, que nous partageons tous, sur tous les bancs* », avait argué d'une « *faisabilité (...) improbable* » et d'une « *efficience réelle (...) discutable* ». Il est vrai qu'en l'absence de volonté et de courage politiques pour faire appliquer le texte et l'imposer aux industriels au nom de la sauvegarde de la santé publique des populations ultramarines, il ne pouvait y avoir d'avancée possible.

Notons que la proposition de loi ne fut cependant rejetée qu'à neuf voix près.

## **2. Des actions concertées avec les industriels qui ont montré leurs limites**

Après que l'actualité a mis en lumière la problématique des taux de sucres dans les produits alimentaires de consommation courante distribués outre-mer grâce à l'examen à l'Assemblée nationale de la proposition de loi de Victorin Lurel, plusieurs actions ont été lancées par le ministère de la santé, qui n'ont cependant pas encore véritablement abouti à ce jour.

- Tout d'abord, une étude détaillée sur une gamme de produits commercialisés en outre-mer et sur les produits de même gamme commercialisés dans l'Hexagone a été demandée en septembre 2011 à la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF).

Le champ d'investigation de cette enquête est un peu plus large que celui des études du PARM et de la DAAF de la Réunion précitées ; il concerne : les **produits laitiers** (yaourts – nature sucré, aromatisés, aux fruits), yaourts à boire, spécialités laitières au bifidus ou autres micro-organismes,...), les **sodas**, les **autres boissons sucrées** (eaux aromatisées, jus de canne, nectars, boissons aux fruits,...), les **desserts lactés** (flans, crèmes dessert...), les **barres chocolatées** et barres céréalières, les **sorbets et glaces**, les **produits consommés par les enfants au goûter** (viennoiseries, pâtisseries à base de confiture, pains au beurre, biscuits fourrés, quatre quart, madeleines,...) et les **céréales pour petit-déjeuner**. D'après les informations fournies à votre rapporteure par la DGCCRF, cette liste n'est toutefois pas exhaustive et s'il s'avère que des denrées non ciblées ont reçu une adjonction de sucres en quantité importante (desserts à base de fruits par exemple) et sont couramment consommées par le plus grand nombre, les investigations seront étendues à ces produits. Enfin, il faut souligner que seront contrôlés les produits de toutes origines : fabriqués localement, fabriqués en métropole, en provenance d'autres États membres de l'Union européenne, importés de pays tiers. Les contrôles doivent se dérouler en deux temps décrits dans le tableau suivants :

Produits contrôlés en première phase (DOM)	Produits à contrôler en deuxième phase (métropole)
Produit fabriqué en métropole, de marque nationale ou marque distributeur et commercialisé dans les outre-mer	Produit fabriqué en métropole, de marque nationale ou marque distributeur et commercialisé en métropole
Produit de marque locale fabriqué dans les outre-mer	Produit fabriqué en métropole de composition équivalente et de marque nationale ou marque distributeur
Produit fabriqué dans les outre-mer sous licence de marque nationale	Produit fabriqué en métropole de marque nationale identique
Produit importé (UE / Pays tiers)	Produit de composition équivalente fabriqué en métropole de marque nationale ou marque distributeur

Cette enquête a débuté début février 2012 et devrait s’achever d’ici la fin du premier semestre 2013. Eu égard à l’ampleur de l’enquête, les délais nécessaires à sa réalisation ne permettent pas de disposer d’ores et déjà des résultats, qui auraient utilement pu éclairer le débat parlementaire, ces derniers devraient néanmoins faciliter la mise en œuvre de la loi en servant de référents pour l’élaboration de la liste des produits dont les teneurs en sucres ajoutés sont particulièrement élevées.

- Ensuite, sur demande de la Direction générale de la santé, les agences régionales de santé ont entamé des démarches auprès des industriels locaux du secteur de l’agroalimentaire afin que ceux-ci envisagent l’opportunité de signer des **chartes d’engagement de progrès nutritionnel** dans le cadre du PNNS.

Rappelons que, depuis 2007, il est proposé aux acteurs économiques intervenant dans le champ de l’alimentation de signer avec l’État des chartes d’engagement volontaire de progrès nutritionnel visant à permettre une évolution favorable des apports nutritionnels pour l’ensemble de la population. Ces chartes doivent notamment viser la réduction des apports en sel, glucides simples, lipides totaux, acides gras saturés, ou l’augmentation de la consommation de glucides complexes et fibres, de fruits et de légumes. Les exploitants du secteur alimentaire qui souhaitent adopter une telle démarche doivent prendre des engagements précis, chiffrés, datés et contrôlables. Les dossiers présentés sont appréciés par un comité de validation, au regard d’un référentiel type.

Au total, 33 chartes ont été signées à ce jour sur l’ensemble du territoire français, mais seules **deux chartes** concernent l’outre-mer, **dont une seule avec pour objectif la réduction de la teneur en sucres des denrées produites** <sup>(1)</sup>.

---

(1) La première charte signée par le groupe Créolailles à la Réunion en juillet 2012 vise une réduction de la teneur en sel de 25 % dans les segments « Quotidien » et « Nutrition » de sa gamme de produits

Mesurés en nombre de chartes signées depuis la fin 2011, les résultats obtenus par les pouvoirs publics en matière d'amélioration de la composition nutritionnelle des produits commercialisés outre-mer paraissent bien maigres. S'il ne fait aucun doute que l'examen de la proposition de loi de Victorin Lurel a contribué à une prise de conscience de la part des industriels de la nécessité de faire évoluer la composition de leurs produits, **cette prise de conscience ne s'est pas accompagnée d'une détermination suffisante de la part du précédent Gouvernement**. Votre rapporteure a certes pu constater, sur certains produits, des diminutions des taux de sucre, mais ces efforts n'ont été ni généralisés ni uniformes au sein de la profession. Or cette disparité même est source d'inégalité.

En effet, les chartes ne comportent que des **engagements unilatéraux et individuels**. Comme le souligne le rapport d'évaluation du PNNS 2 précité, l'esprit initial des chartes d'engagement de progrès nutritionnel était de mettre en œuvre des décisions collectives visant à améliorer globalement la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire. Or, on constate aujourd'hui, et ce n'est pas spécifique à l'outre-mer, que les seules chartes signées sont le fait d'entreprises individuelles. Cette situation soulève un certain nombre de questions en termes de **concurrence**, à la fois entre producteurs français au sein d'une même gamme de produits mais également entre produits issus de l'industrie hexagonale ou ultramarine et produits importés, au profit desquels les consommateurs pourraient se détourner.

Ainsi, **tant du point de vue de l'efficacité de l'action publique que de celui de l'égalité de traitement entre les acteurs économiques, il est clair que la fixation par la loi d'une règle unique valable pour tous doit être préférée à toute autre méthode si l'on veut faire prévaloir les exigences de santé publique sur les intérêts privés de l'industrie agroalimentaire**.

## **B. LA NÉCESSITÉ D'AGIR GLOBALEMENT SUR LA QUALITÉ DE L'OFFRE ALIMENTAIRE EN OUTRE-MER**

### **1. Le dispositif de la proposition de loi**

La proposition de loi n° 393 reprend le dispositif du texte issu des travaux de la commission des affaires sociales de septembre 2011 (n° 3767). Celui-ci prévoit :

– d'une part, d'interdire l'existence de teneurs en sucres supérieures dans les denrées alimentaires distribuées outre-mer aux teneurs présentes dans les

---

*transformés à base de volailles. La seconde charte signée en janvier 2013 par la SOCREMA en Guadeloupe fixe en revanche des objectifs en termes de réduction des teneurs en sucres ajoutés pour ses produits laitiers frais Yoplait et ses nectars et boissons aux fruits Caresse antillaise. La Charte précise que cette réduction devrait correspondre à des diminutions de l'ordre de 5 % à 15 % visant à aligner les teneurs en sucres ajoutés de ses yaourts Yoplait sur celles des yaourts de la marque commercialisés en métropole. D'autres engagements portent sur l'étiquetage nutritionnel des produits, la communication responsable et la formation des salariés.*

produits similaires de même marque distribuées en France hexagonale. Cette interdiction doit entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2014 (article 1<sup>er</sup>) ;

– d’autre part, de soumettre les denrées alimentaires distribuées outre-mer à une teneur maximale fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis du Haut Conseil de la santé publique (article 2).

## **2. Les améliorations apportées par la Commission**

### *a) Une réécriture globale du dispositif*

À la suite des travaux menés dans le cadre de la préparation du texte, votre rapporteure a proposé à la commission plusieurs modifications visant à en améliorer le dispositif tout en conservant l’esprit, modifications que celle-ci a acceptées.

D’un point de vue formel tout d’abord, signalons que l’**article 1<sup>er</sup>** comprend désormais les dispositions figurant préalablement au sein des deux articles de la proposition de loi. Il est en effet apparu plus cohérent de **faire figurer dans un même article l’ensemble des dispositions destinées à être introduites dans le code de la santé publique**. Ces dispositions ont en outre été complétées par un troisième article relatif aux modalités de contrôle de l’application du texte.

L’article 1<sup>er</sup> crée donc trois nouveaux articles au sein du code de la santé publique :

– *l’article L. 3232-5*, qui vise à prohiber la présence de teneurs en sucres plus élevées dans les produits alimentaires distribués en outre-mer que dans les produits similaires de la même distribués en France hexagonale ;

– *l’article L. 3232-6*, qui reprend les dispositions de l’article 2 de la proposition de loi et prévoit de soumettre les produits distribués outre-mer mais non commercialisés dans l’Hexagone (produits locaux et produits importés de pays tiers) à une teneur maximale en sucres ;

– et, enfin, *l’article L. 3232-7*, qui habilite les agents de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, des douanes et des finances publiques à constater les infractions aux dispositions de la loi.

Par voie de conséquence, l’**article 2**, dont les dispositions initiales ont été transférées au sein de l’article 1<sup>er</sup>, est désormais consacré à l’entrée en vigueur du texte. La référence à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2014 mentionnée à l’article 1<sup>er</sup>, ayant été supprimée car elle n’avait pas à figurer dans des dispositions codifiées, votre rapporteure s’est interrogée sur l’opportunité de laisser un **délai permettant aux acteurs économiques de s’adapter aux nouvelles règles** fixées par la proposition de loi. Conjointement avec Monique Orphé, elle a proposé que ce délai soit fixé à

**six mois** à compter de la promulgation de la loi, jugeant par ailleurs préférable de ne pas se référer à une date précise susceptible d’être contrariée par le calendrier des travaux parlementaires.

Sur le fond, plusieurs précisions ont également été apportées au sein des dispositions désormais rassemblées à l’article 1<sup>er</sup> :

– le champ d’application de cet article a été étendu, au-delà de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Réunion, de la Guyane et de Mayotte, à **Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon** ;

– la notion de « *teneur en sucres* » a été remplacée par celle de « *teneur en sucres ajoutés* » afin de tenir compte de la situation spécifique des fabricants de produits laitiers (yaourt, crème dessert, *etc.*) outre-mer. En effet, en raison de la faible production locale de lait frais, les industriels élaborent leurs produits à partir de poudre de lait, dont la teneur en lactose – donc en sucre – est supérieure à celle du lait frais. Le taux de sucre des yaourts produits localement est donc « naturellement » plus riche en sucre : cela ne doit pas pour autant conduire à pénaliser ces produits ;

– des dispositions sont prévues **en cas de réduction des taux de sucre dans l’Hexagone** afin de laisser un **délai** aux industriels pour écouler leurs stocks et se mettre en conformité avec ces nouvelles valeurs (six mois) ;

– enfin, au sein du nouvel article L. 3232-6 du code de la santé publique, plutôt que de renvoyer à un arrêté le soin de déterminer la teneur maximale en sucres ajoutés des produits distribués outre-mer mais non distribués dans l’Hexagone, le texte prévoit désormais que cette teneur ne peut être supérieure à la **teneur en sucres la plus élevée des produits appartenant à la même famille commercialisés en métropole**. Cette rédaction vise à simplifier le dispositif en s’inspirant de celui retenu à l’article L. 3232-5 pour les produits similaires de même marque. En conséquence, l’arrêté initialement prévu interviendra seulement pour fixer la liste exacte des produits concernés, sur la base des enquêtes de consommation qui sont en cours. L’avis du Haut Conseil de la santé publique, devenu inutile, est supprimé.

#### ***b) Une contribution supplémentaire à l’amélioration de l’offre alimentaire en outre-mer***

Au-delà de ces modifications au dispositif initial, la commission a également introduit, sur proposition de votre rapporteure et de nombreux élus ultra-marins, deux articles additionnels visant à parfaire le contenu de la proposition de loi traitant de deux sujets connexes mais néanmoins essentiels pour l’alimentation des populations en outre-mer :

– l’**article 3** concerne l’interdiction de la pratique mise en place par certains industriels consistant à prévoir un **double étiquetage des dates limite de consommation** (DLC) de certains produits périssables comme les yaourts. Il

s'avère en effet qu'aujourd'hui, un produit peut avoir une date limite de consommation plus longue qu'un produit identique de même marque lorsqu'il est destiné à l'outre-mer. Il ne s'agit pas en outre d'une petite différence, puisque cet écart peut atteindre 25 jours ! Là encore, l'objectif est de lutter contre une inégalité de traitement entre les consommateurs ;

– quant à *l'article 4*, il a trait à la fourniture des marchés publics de restauration outre-mer : il vise à promouvoir les denrées issues des circuits courts de distribution afin de favoriser l'**approvisionnement des sites de restauration collective en produits frais et de saison**. Cette orientation a été réaffirmée par le législateur à plusieurs reprises, que ce soit dans le cadre de la loi Grenelle 1 du 3 août 2009 ou dans la loi de modernisation de l'agriculture du 27 juillet 2010, mais ne s'est jamais traduite par des dispositions spécifiques pour l'outre-mer. Or, l'éloignement des territoires ultra-marins, l'étroitesse des marchés locaux et les liens commerciaux prédominants avec l'Hexagone justifient que des incitations spécifiques soient mises en place en faveur du développement agricole. L'article 4 vise ainsi à rendre obligatoire la prise en compte par les collectivités du critère de performances en matière de développement des approvisionnements directs en produits de l'agriculture dans l'attribution des marchés, alors que cela n'est aujourd'hui que facultatif. L'objectif poursuivi est de contribuer à la fois à renforcer les filières agricoles et à œuvrer en faveur d'une meilleure qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire.

À la suite de l'introduction de ces deux articles additionnels, le **titre** de la proposition de loi a été modifié afin de mieux refléter son contenu tel qu'il ressort des travaux de la commission. C'est pourquoi celle-ci s'intitule désormais « *proposition de loi visant à garantir la qualité de l'offre alimentaire en outre-mer* ».



## TRAVAUX DE LA COMMISSION

### I.- DISCUSSION GÉNÉRALE

*La Commission des affaires sociales examine, sur le rapport de Mme Hélène Vainqueur-Christophe, la présente proposition de loi au cours de sa séance du mars 19 mars 2013.*

**M. Christian Hutin, président.** Le texte que nous allons examiner ce soir avait déjà, sous la législature précédente, fait l'objet d'une proposition de loi de M. Victorin Lurel, qui avait été adoptée par notre commission, avant d'être malheureusement repoussée en séance publique.

**Mme Hélène Vainqueur-Christophe, rapporteure.** Je voudrais d'abord, monsieur le président, chers collègues, vous remercier de m'accueillir au sein de votre commission, me permettant ainsi de rapporter devant vous cette proposition de loi qui vise à limiter le taux de sucre dans les produits alimentaires commercialisés en outre-mer. Ce texte a pour objectif de mettre fin à une injustice qui frappe les consommateurs ultramarins en interdisant que la teneur en sucres des produits alimentaires soit plus élevée lorsqu'ils sont distribués outre-mer. Comme vous l'avez souligné, monsieur le président, la commission des affaires sociales a déjà été sensibilisée à la question de la différence des taux de sucre dans les denrées alimentaires sous la précédente législature, à l'occasion de l'examen à l'automne 2011 d'une proposition de loi de Victorin Lurel, dont les dispositions sont reprises dans le texte qui nous est soumis aujourd'hui. La proposition de loi avait alors été adoptée par la Commission. J'espère qu'il en sera de même ce soir.

Cette proposition de loi revêt en effet une importance cruciale en termes de santé publique pour les collectivités d'outre-mer, où l'obésité est un véritable fléau. Les données nationales issues de l'étude ObÉpi indiquent que, en 2012, 32,3 % des adultes sont en surpoids dans l'Hexagone, contre près de 40 % chez nous ; alors que 15 % y sont considérés comme obèses, cette pathologie atteint chez nous des taux allant jusqu'à 30 %.

Les statistiques globales, déjà alarmantes, dissimulent donc des écarts géographiques importants entre l'Hexagone et l'outre-mer.

Les données des enquêtes épidémiologiques menées localement, telles que l'enquête PODIUM (Prévalence de l'obésité, de sa diversité et de son image ultramarine), réalisée par le docteur André Atallah, cardiologue au centre hospitalier de Basse-Terre, ainsi que celles issues du Programme national nutrition santé, le PNNS, confirment ces écarts. Elles font apparaître un taux d'obésité de 15 à 20 % au sein de la population adulte de la Guadeloupe, de la Réunion et de la Martinique. Ce taux est en outre significativement plus élevé pour les femmes puisqu'il se situe chez elles entre 25 et 30 %. Chez les enfants, il se situe entre 5 % et 8 %, soit plus du double de la moyenne nationale ! En effet, alors que le taux

d'obésité chez les enfants se stabilise depuis 2000 en France hexagonale à 3,5 %, ce n'est pas le cas en outre-mer.

Il faut souligner que de graves pathologies sont associées à l'obésité, comme le diabète ou l'hypertension artérielle. Selon l'étude ObÉpi, le risque d'être traité pour hypertension artérielle est ainsi multiplié par 2,3 chez les personnes en surpoids et par 3,6 chez les personnes obèses. En Guadeloupe, l'hypertension artérielle touche près de 33 % des hommes et 37 % des femmes. Plus globalement, l'outre-mer présente une surmortalité par maladies vasculaires cérébrales ou par diabète, par rapport à la France hexagonale.

Comme le soulignait la Commission pour la prévention et la prise en charge de l'obésité dans son rapport de 2009, la situation dans les collectivités d'outre-mer est donc « une source de préoccupation majeure ». Ce constat recoupe celui du professeur Basdevant, président du plan Obésité, que nous avons reçu la semaine dernière, et qui plaide en faveur d'un engagement politique fort sur cette question.

Certes, l'État n'est pas resté inactif face à cette situation sanitaire, puisqu'il a pris, dans le cadre des déclinaisons outre-mer du Plan national nutrition santé et du Plan Obésité, des mesures de prévention et d'éducation à la santé qui ont été relayées par les collectivités territoriales. Celles-ci se sont impliquées, par exemple, dans le financement de parcours de santé ou dans la mise en œuvre d'actions de sensibilisation dans les écoles.

Ces actions sont nécessaires, mais ne sont pas suffisantes : outre qu'elles sont longues à porter leurs fruits, elles sont incapables d'améliorer la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire. Or il ne faut pas sous-estimer la responsabilité des industriels de l'agroalimentaire dans la progression de ce fléau qu'est l'obésité. Nous n'ignorons certes pas que le développement de l'obésité est multifactoriel, mais, de l'avis même des scientifiques et des médecins que nous avons entendus, il est aujourd'hui indispensable de concentrer les efforts de lutte contre l'obésité sur la consommation excessive de sucre. Dès 2004, l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, l'AFSSA, indiquait que *« les effets délétères des glucides ont pu être établis avec certitude vis-à-vis du développement du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents, dans les pays industrialisés. D'après des études menées en France, en Grande-Bretagne et aux États-Unis, une consommation excessive de glucides, et en particulier de glucides simples ajoutés, notamment sous forme de boissons (jus de fruits, sodas, etc.), serait responsable du développement du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents. »* Des études plus récentes vont dans le même sens.

Le président du Plan national nutrition santé, le professeur Serge Hercberg, considère que l'on dispose désormais de suffisamment d'éléments faisant consensus sur le plan scientifique pour recommander la diminution des

taux de sucre dans les denrées alimentaires et qu'il convient désormais d'envisager une régulation publique.

Cela est d'autant plus vrai pour les denrées alimentaires distribuées outre-mer que l'on sait que leur teneur en sucres est très élevée, bien supérieure à celle des produits commercialisés dans l'Hexagone et ce, y compris lorsqu'il s'agit de produits similaires de même marque, comme l'a prouvé l'enquête publiée en décembre 2011 par le Pôle agroalimentaire régional de Martinique et portant sur deux types de produits : les boissons sans alcool et les produits laitiers. Les résultats sont assez édifiants et devraient être bientôt complétés par une enquête de beaucoup plus grande ampleur, actuellement réalisée par la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF). Les industriels que nous avons auditionnés ne contestent nullement la réalité de ces écarts, qui peuvent atteindre voire dépasser 50 % pour certains sodas ou certains yaourts aux fruits.

Tant du point de vue de la santé publique que de l'égalité de traitement des consommateurs, il n'est pas acceptable de tolérer de tels écarts. Quant à l'argument de l'adaptation de l'offre au « goût local », il nous paraît d'autant moins pertinent que les industriels eux-mêmes entretiennent sagement l'appétence pour le sucre du consommateur ultramarin, auquel n'est proposée aucune offre alternative ! En tout état de cause, aucune étude scientifique n'a démontré l'existence chez les ultramarins d'une plus forte appétence pour le goût sucré.

On constate toutefois que la proposition de loi présentée en 2011 par Victorin Lurel a conduit certains industriels à entreprendre des démarches visant à améliorer la qualité nutritionnelle de leurs produits, en envisageant la signature de chartes d'engagement qui prévoient notamment une réduction de leur teneur en sucres. Une seule charte a cependant été officiellement signée à l'heure actuelle. C'est pourquoi il nous a paru nécessaire de passer par la loi, afin de faire de la lutte contre l'obésité en outre-mer un véritable enjeu de santé publique et de proposer des solutions concrètes aux problèmes spécifiques des collectivités ultramarines. Ce texte, dont le vote fait partie des engagements de campagne de François Hollande, est soutenu par l'ensemble du groupe socialiste, et j'espère qu'il rassemblera au-delà des clivages partisans.

La lutte contre le fléau de l'obésité, et en particulier l'obésité de l'enfant, implique en effet de mettre en place dans les meilleurs délais un dispositif juridique volontariste et réellement contraignant pour l'industrie agroalimentaire, de façon à protéger les consommateurs contre certaines pratiques industrielles aussi dangereuses que dénuées de justification.

L'article 1<sup>er</sup> de la proposition de loi vise donc à interdire aux industriels de l'agroalimentaire de distribuer dans les régions d'outre-mer des produits alimentaires dont la concentration en sucres est supérieure à celle des produits similaires commercialisés dans l'Hexagone. Quant à son article 2, il fixe une

teneur maximale en sucres pour les produits distribués exclusivement outre-mer, c'est-à-dire dont on ne trouve pas d'équivalents sur le marché métropolitain, et qui contiennent des taux de sucre très élevés. Je vous proposerai, dans le respect de l'esprit du texte, plusieurs modifications de ce dispositif.

Il m'a d'abord paru nécessaire de rassembler les dispositions des articles 1<sup>er</sup> et 2 au sein de l'article 1<sup>er</sup>, afin qu'elles figurent toutes dans le code de la santé publique, et de les compléter par un troisième article codifié relatif aux modalités de contrôle de l'application de la loi par les agents de la DGCCRF. Si l'amendement est adopté, ces dispositions deviendront les articles L. 3232-5 à L. 3232-7 du code de la santé publique.

Par voie de conséquence, l'article 2, dont les dispositions auront été transférées à l'article 1<sup>er</sup>, sera consacré à l'entrée en vigueur du texte. Nous souhaitons, avec Monique Orphé, laisser aux professionnels un délai de six mois pour s'adapter à la nouvelle donne.

Je proposerai par ailleurs de préciser les dispositions destinées à figurer à l'article 1<sup>er</sup>. En premier lieu, à la notion de « *teneur en sucres* » – le pluriel signifiant que ce n'est pas un sucre particulier qui est visé, mais l'ensemble des sucres – je préfère la notion de « *teneur en sucres ajoutés* » afin de ne pas pénaliser les fabricants de produits laitiers outre-mer. En effet, en raison de la faible production locale de lait frais, les industriels élaborent leurs produits à partir de poudre de lait, dont la teneur en lactose – qui est un sucre – est supérieure à celle du lait frais.

Ensuite, au lieu de renvoyer à un arrêté la détermination d'une teneur maximale en sucres ajoutés pour les produits distribués outre-mer n'ayant pas d'équivalents hexagonaux, je proposerai que la loi elle-même prévoie que cette teneur ne puisse pas être supérieure à la teneur en sucres la plus élevée des produits de même famille commercialisés en métropole.

Je vous proposerai enfin, au cas où les taux de sucre dans les produits distribués dans l'Hexagone diminueraient, de laisser un délai suffisant aux industriels pour écouler leurs stocks avant de se mettre en conformité avec ces nouvelles valeurs.

Au-delà de ces quelques modifications au dispositif initial, je voudrais également soumettre à la Commission deux amendements visant à parfaire le contenu de la proposition de loi sur deux sujets connexes, mais néanmoins essentiels.

Le premier, cosigné par de nombreux députés ultramarins, vise à interdire la pratique de double étiquetage des dates limites de consommation (DLC) de certains produits périssables comme les yaourts. Il s'avère en effet qu'aujourd'hui, un produit peut avoir une date limite de consommation plus longue qu'un produit identique de même marque lorsqu'il est destiné à l'outre-mer, cet écart pouvant

atteindre vingt-cinq jours ! Là encore, l'objectif est de lutter contre une inégalité de traitement entre les consommateurs.

Le second amendement, également signé par plusieurs collègues, a trait à la fourniture des marchés publics de restauration : il vise à promouvoir les denrées issues des circuits courts de distribution afin de favoriser l'approvisionnement des sites de restauration collective en produits frais et de saison. Cette orientation a été réaffirmée par le législateur à plusieurs reprises, par exemple en 2009 dans le cadre de la loi Grenelle 1 ou encore dans la loi de modernisation de l'agriculture de 2010, mais ne s'est jamais traduite par des dispositions spécifiques à destination de l'outre-mer. Or l'éloignement de nos territoires, l'étroitesse de nos marchés locaux et les liens commerciaux prédominants avec la métropole justifient la mise en place d'incitations spécifiques en faveur du développement agricole. La proposition que je vous soumetts vise ainsi à rendre obligatoire la prise en compte par les collectivités du critère de performance en matière de développement des approvisionnements directs en produits de l'agriculture dans l'attribution des marchés, qui n'est aujourd'hui que facultative. L'objectif est à la fois de renforcer les filières agricoles et d'œuvrer en faveur d'une meilleure qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire.

Nous vous proposerons dans un dernier amendement de modifier l'intitulé de la proposition de loi, afin que celui-ci soit plus en harmonie avec les dispositions du texte.

Vous l'aurez compris, le sujet est vaste et il y a beaucoup à faire. Cette proposition de loi doit être la première pierre d'un édifice beaucoup plus important. Il ne suffira en effet pas de réduire les apports en sucres ajoutés dans l'alimentation de la population : ce qu'il faut viser, c'est une amélioration globale de l'offre alimentaire, tant de sa composition nutritionnelle que de l'accès à cette offre à un coût abordable. La construction de cet édifice supposera aussi un approfondissement des actions de prévention, notamment en direction des plus jeunes, et de promotion de l'activité physique. Elle requerra la mobilisation de tous, aussi bien l'État que les collectivités territoriales, le secteur associatif ou les professionnels de l'alimentation.

Cette proposition de loi n'est qu'une pierre, mais cette pierre est indispensable à la construction de l'édifice, et c'est pourquoi j'espère que vous lui apporterez tous votre soutien.

**M. Christian Hutin, président.** Je vous remercie, madame la rapporteure, de ce travail de qualité qui fait le pont entre les deux législatures. Nous avons au départ du mal à mesurer l'objet de la proposition de loi de Victorin Lurel. Après l'avoir entendu hier et vous aujourd'hui, nous mesurons mieux les enjeux. Votre rapport est particulièrement édifiant au sujet des pratiques de certains industriels de l'agroalimentaire dont nous ignorions tout et qui constituent de véritables discriminations. Je pense en particulier aux dates limites de consommation : c'est

sidérant. La modification du titre que vous proposez est symbolique d'un enjeu qui dépasse la seule question de la teneur en sucres.

**Mme Monique Orphé.** Je voudrais à mon tour vous féliciter, madame la rapporteure, de votre travail, qui nous permet d'examiner sans tarder une proposition de loi qui avait déjà été présentée par Victorin Lurel lorsqu'il était député. Comme vous l'avez rappelé, ce texte traduit l'engagement n° 11 pour l'outre-mer du candidat François Hollande de soutenir l'interdiction des différences de teneur en sucres entre les mêmes produits vendus dans l'Hexagone et dans les outre-mer.

Nous savons que l'alimentation et l'activité physique sont deux déterminants majeurs de la santé. Par ailleurs, même si certains experts contestent l'incidence de la situation sociale sur l'état de santé, il est avéré qu'une personne dont les conditions de vie sont précaires aura tendance à négliger sa santé. Or, en dépit des progrès sanitaires dus à la départementalisation, la précarité demeure plus grande en outre-mer que dans l'Hexagone. Ainsi près de la moitié de la population de la Réunion vit au-dessous du seuil de pauvreté, soit avec moins de 800 euros par mois.

Depuis 1946, les habitudes alimentaires ont été bouleversées, ce qui expose nos populations, notamment les jeunes et les femmes, à des pathologies liées à l'obésité, telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires. Entre 2000 et 2011, le taux de prévalence du diabète en outre-mer a été deux fois supérieur au taux national. Fait particulièrement notable, à l'inverse de la métropole, le diabète à la Réunion et dans les régions d'outre-mer de façon générale se caractérise par un surrisque féminin. Si on se reporte à l'indice de développement humain, la Réunion accuse un retard de vingt-cinq ans sur la métropole, la Guyane, la Martinique et la Guadeloupe accusant, quant à elles, un retard de douze à treize ans. En vingt ans, l'espérance de vie a augmenté de dix ans en Guyane et de six ans dans les autres départements français d'Amérique. La Réunion apparaît en retrait, avec un gain d'une année de vie supplémentaire entre 1990 et 2011, soit cinq fois moins qu'en France métropolitaine.

Cette proposition de loi a donc deux vertus. Elle vise à mettre fin à une des trop nombreuses inégalités qui existent entre nos territoires et ceux de l'Hexagone. Tous les députés qui ont débattu de ce texte sous l'ancienne mandature s'accordaient pour juger incompréhensibles et injustifiées ces différences de taux de sucre, s'agissant notamment de certains produits laitiers et des boissons rafraîchissantes sans alcool. À titre d'exemple les sodas vendus à la Réunion contiennent 12 % de sucre de plus qu'en métropole, les boissons gazeuses aux fruits 20 % et les *tonics* 28 %. Un yaourt aux fruits contient 15 % de sucre en plus et un yaourt aromatisé 8 %. Les industriels justifient ces différences par une prétendue appétence particulière pour les produits sucrés qui caractériserait la culture ultramarine, et estiment que leur rôle consiste « à donner du plaisir, pas à éteindre la soif », au détriment de la santé.

Ce texte a également le mérite de faire avancer la résolution d'un problème de santé publique qui mine les sociétés ultramarines : la prévalence du diabète et de l'obésité.

Pour toutes ces raisons, il est nécessaire que ce texte reçoive l'adhésion de tous les députés.

**M. Arnaud Robinet.** Nous ne pouvons qu'être d'accord avec vous quant à l'importance de la prévention de l'obésité, qui touche l'ensemble de la population française, et notamment les jeunes, ou quant au caractère problématique des différences de concentration en sucres entre les produits alimentaires distribués en métropole et ceux commercialisés dans les territoires ultramarins. Sur ces points, nous partageons votre analyse. Cependant, cette proposition de loi m'inspire des réserves, tant de forme que de fond.

Sur la forme, la grande loi de santé publique annoncée par le Gouvernement pour cette année me semble un cadre plus judicieux pour traiter cette problématique particulière. En tout état de cause, ce sujet nous semble plutôt relever du règlement que de la loi, et encore davantage depuis que le Gouvernement a fait part de son intention de légiférer par ordonnances dans certains domaines. D'ailleurs le gouvernement précédent avait préféré à cette proposition de loi la voie de la négociation, via les agences régionales de santé ultramarines. Ce choix avait l'avantage de responsabiliser les entreprises, incitées à contractualiser dans le cadre du Programme national nutrition santé, et d'aboutir à des solutions beaucoup plus durables et complètes. À ce jour, trente-trois entreprises ont déjà signé une charte d'engagement de progrès nutritionnels.

Par ailleurs, la concentration en sucres des aliments n'est qu'un des facteurs de l'obésité et des pathologies qui lui sont liées. Et, même en métropole, la teneur en sucres des produits alimentaires n'est soumise à aucune limite réglementaire. On ne peut pas non plus négliger l'aspect économique de la question, et risquer de désavantager les entreprises françaises vis-à-vis des entreprises étrangères, notamment américaines, qui continueraient d'inonder ces marchés de produits très sucrés.

Face à la gravité de ce problème de santé publique, le groupe UMP considère que ce n'est pas d'une loi d'affichage que nous avons besoin, mais d'un plan cohérent qui responsabilise tous les acteurs, en particulier les professionnels de l'agroalimentaire. Pour toutes ces raisons, le groupe UMP s'abstiendra.

**M. Christian Paul.** Pour réaliser l'égalité réelle entre la métropole et l'outre-mer, le législateur doit parfois édicter des règles spécifiques. Dans le cas qui nous occupe aujourd'hui, nous souhaitons à l'inverse supprimer une discrimination spécifique, d'autant plus choquante qu'elle est préjudiciable à la santé publique. Je pense que nous serons nombreux à approuver les conclusions de notre rapporteure, qui prouve, études à l'appui, les ravages causés par la teneur

particulièrement élevée en sucres des produits alimentaires commercialisés outre-mer.

Ce texte vise par ailleurs à mettre fin à une forme d'impuissance publique qui n'a que trop duré, sans compter les dix-huit mois perdus depuis que cette proposition de loi a été rejetée par la majorité précédente. Il nous donne aussi l'occasion de résister aux injonctions des lobbies industriels, qui viennent de s'exprimer devant la Commission. Les industriels trouvent toujours de bonnes raisons de ne pas appliquer des règles de santé publique, et les chartes de bonne conduite, monsieur Robinet, n'ont jamais suffi à réduire des problèmes d'une telle gravité. Ce sujet a suscité beaucoup de bavardages : il est temps qu'il fasse l'objet d'une bonne loi républicaine.

**M. Jean-Pierre Door.** Le sujet n'est pas sans intérêt, ne serait-ce que parce qu'il nous donne l'occasion de nous pencher sur la situation épidémiologique de certains de nos territoires, ultramarins en particulier. On ne peut nier que ceux-ci présentent des traits pathologiques spécifiques, liés à une surconsommation de sucres. Mon expérience professionnelle m'avait déjà amené à constater une forte prévalence des néphropathies secondaires au diabète à la Réunion. Il convient cependant d'observer que certains territoires de l'Hexagone présentent également de fortes prévalences de pathologies liées à une surconsommation de sucres ou de certaines matières grasses.

Après mon collègue Robinet, je dirais que si, sur le fond, nous ne pouvons qu'être d'accord, notamment pour soutenir toute tentative visant à réguler ces problèmes de santé publique, il n'en va pas de même quant à la forme. Trop de loi tue la loi, monsieur Paul. Il conviendrait plutôt de renvoyer cette question au projet de loi de santé publique que nous devons examiner dans le courant de l'année. On peut même se poser la question de l'utilité d'une loi : ces dispositions étant de nature réglementaire, elles pourraient dès demain faire l'objet d'un simple arrêté ministériel.

**M. Gérard Bapt.** Je soutiens naturellement cette proposition de loi. Au cours de la législature précédente, c'est Victorin Lurel qui, le premier, avait attiré notre attention sur ce scandale de santé publique, et notre réunion d'aujourd'hui est aussi une façon de rendre hommage à sa clairvoyance.

Il est vrai, monsieur Door, que ce grave problème sanitaire concerne, non seulement l'outre-mer, mais l'ensemble de la collectivité nationale. Il reste néanmoins scandaleux de tirer prétexte d'un prétendu « goût local » pour « nourrir » ainsi, si j'ose dire, la prévalence de l'obésité dans ces territoires. En effet, même si cette pathologie est multifactorielle, la surconsommation de sucre est un facteur essentiel.

Quand la proposition de loi de Victorin Lurel avait été débattue dans l'hémicycle, le représentant du Gouvernement nous avait fait discrètement savoir qu'il n'était pas à titre personnel opposé au texte, mais, sous la pression d'obscurs

intérêts locaux, relayés par Mme Penchard, ministre de l'outre-mer, le groupe UMP l'avait repoussé. J'ai tendance à penser que c'est pour ne pas se déjuger que celui-ci a choisi aujourd'hui de s'abstenir.

Je voudrais dire enfin qu'une loi ayant, sur le plan symbolique, mais également auprès des administrations, une force bien supérieure à celle d'un texte réglementaire, elle est plus susceptible de contrecarrer la progression de l'obésité dans les territoires d'outre-mer.

**Mme Véronique Louwagie.** J'approuve l'objectif que se donne la proposition de loi : lutter contre ce véritable fléau qu'est l'obésité. Mais nous aurions pu faire preuve de plus d'ambition et ne pas nous limiter à une catégorie de produits ou à une zone géographique déterminées. C'est pourquoi il aurait été plus opportun, en effet, d'examiner ces dispositions dans le cadre de la future loi de santé publique.

Sur le plan gustatif, l'application de la loi dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014, et la modification brutale des produits qui en résultera, ne risque-t-elle pas de perturber les consommateurs ? Ne vaudrait-il pas mieux agir par paliers, tout en organisant une campagne de communication ? Peut-on imaginer que les industriels commencent à appliquer la loi avant cette date ?

Par ailleurs, la modification du goût des denrées concernées pourrait avoir des conséquences sur les habitudes de consommation. Aux Antilles, par exemple, on peut craindre un report des achats vers les produits provenant de la zone commerciale à laquelle appartiennent ces îles, à savoir l'Amérique du Nord.

En conclusion, je doute que cette proposition de loi puisse contribuer efficacement à la lutte contre l'obésité, dans la mesure où cette dernière est liée à de nombreux facteurs autres que l'alimentation, tels le mode de vie ou l'activité physique.

**M. Serge Letchimy.** Je soutiens d'autant plus fortement cette proposition de loi que, dans cette affaire, nous avons déjà perdu dix-huit mois.

À mes yeux, ce texte est une marque de respect. La majorité actuelle ne réduit pas l'outre-mer à quelques articles placés à la fin d'un projet ou d'une proposition de loi : elle aborde les problèmes de fond, spécifiques à nos régions, comme elle l'a fait avec la loi du 20 novembre dernier sur la régulation économique outre-mer.

Le problème que nous abordons ce soir ne concerne pas seulement la santé publique, il est aussi économique. Des fabricants étrangers vont-ils inonder les Antilles ou la Réunion de produits sucrés ? Certainement pas : si la nouvelle règle s'applique, elle s'appliquera à tout le monde. De toute façon, pour nous, habitants de l'outre-mer, ce n'est pas tant l'ampleur des importations qui compte, malheureusement, que le moyen de favoriser la production locale. Or il existe, en

Martinique et en Guadeloupe, des producteurs locaux de yaourts qui s'organisent déjà pour proposer des produits différents aux consommateurs.

Plus généralement, la situation abusive – indécente, même – que cette proposition de loi cherche à corriger est une nouvelle preuve des insuffisances locales en matière de gouvernance économique et de contrôle des produits. Elle doit nous conduire à redoubler d'efforts en faveur de l'organisation de l'économie et de la production locales.

Je suis également très favorable à l'amendement relatif aux dates limites de consommation. La pratique actuelle de double étiquetage, qui conduit, pour des raisons purement commerciales, à appliquer à un produit destiné à l'outre-mer une durée de conservation plus longue que s'il était vendu en métropole, constitue en effet une forme de concurrence totalement déloyale.

Non seulement j'approuve cette proposition de loi, mais je considère qu'elle devrait recueillir un soutien massif et ouvrir de nouvelles perspectives en matière de croissance et de développement économique dans nos pays.

**M. Michel Issindou.** Nous avons été choqués, il y a dix-huit mois, en apprenant que la teneur en sucres des produits distribués outre-mer était supérieure à celle des mêmes produits commercialisés en métropole. Rien ne justifie une telle pratique. Au moment où nous connaissons de nombreux scandales sanitaires et alimentaires, il n'est pas excessif de parler de faute commise par les industriels. Nul ne peut, en effet, ignorer la nocivité du sucre, dont l'excès provoque l'obésité et le diabète – même s'il existe d'autres facteurs, comme l'absence d'exercice physique. On sait par ailleurs ce que valent les chartes de bonne conduite, et c'est pourquoi rien ne vaut une loi pour contraindre certains industriels sans scrupule.

Certes, les dispositions que nous examinons pourraient être incluses dans la future loi de santé publique. Mais faut-il laisser la situation actuelle perdurer encore quelques mois, alors même que chacun s'accorde à reconnaître la nécessité d'agir, et que la solution est relativement simple ? Ne traînons pas plus longtemps.

Quant aux différences en matière de date de péremption, je ne comprends pas comment elles peuvent se justifier. Les produits sucrés se conserveraient-ils plus longtemps ? Les délais de péremption sont-ils trop courts en métropole et les produits pourraient-ils être consommés plus longtemps ? Sont-ils trop longs en outre-mer ? Quoi qu'il en soit, une telle discrimination est insupportable.

**M. Jean-Louis Touraine.** Je m'associe également avec enthousiasme à cette proposition de loi qui relève autant de l'exigence d'égalité que de la santé publique. L'alimentation est en effet un des facteurs qui expliquent la moindre espérance de vie observée outre-mer. Il est insupportable de laisser ainsi perdurer une telle inégalité de traitement.

Bien entendu, les dispositions prises s'appliqueront à tous les produits, quelle qu'en soit l'origine. Les fabricants, qu'ils soient locaux, métropolitains ou

étrangers, devront proposer, en Europe et dans les territoires d'outre-mer, des produits ayant des teneurs en sucres comparables.

Je demande à nos collègues de l'UMP, qui ne peuvent être insensibles aux impératifs de santé publique, de reconsidérer leur vote. Le sujet mériterait, en effet, qu'on laisse de côté les affrontements politiques pour rechercher l'unanimité. L'adoption de cette proposition de loi représentera un symbole important pour nos concitoyens d'outre-mer : ils sauront ainsi qu'ils bénéficient d'un traitement équitable et que les problèmes qu'ils connaissent en matière de santé publique ne sont pas négligés.

Alors que la réponse a déjà tardé à venir, certains nous demandent d'attendre l'examen de la prochaine loi sur la santé publique. Je ne suis pas naïf, et j'en comprends les raisons. On m'avait tenu le même genre de discours lorsque j'avais déposé une proposition de loi sur l'étiquetage nutritionnel : « Attendez que l'Union européenne se saisisse du problème ! ». Certes, elle l'a fait, au bout d'un an ou deux, mais sans aller aussi loin que nous le voulions. Pourtant, si tous les consommateurs disposaient d'une connaissance fine de la composition des produits qu'ils mangent ou boivent, ils seraient plus vigilants, et les industriels, soucieux de ne pas se montrer moins vertueux que leurs concurrents, veilleraient à limiter la quantité des éléments dont l'excès est nocif, comme le sucre ou le sel.

De la même façon, aujourd'hui, on veut donner un délai supplémentaire aux industriels. Mais une année de plus, ce sont des vies perdues, des cas supplémentaires d'obésité, de diabète, d'hypertension. C'est une année de trop.

**Mme Gabrielle Louis-Carabin.** La proposition de loi de Victorin Lurel avait recueilli l'assentiment non seulement de toute l'opposition de l'époque, mais aussi d'une partie de la majorité, puisque les députés du Nouveau Centre et même certains députés de l'UMP – dont le président Méhaignerie – avaient voté pour.

On a habitué les Antillais à consommer en quantité des boissons très sucrées et à manger des aliments très salés. Nous en observons aujourd'hui les effets, sous la forme de nombreux cas d'obésité, de diabète, d'hypertension artérielle ou d'accident vasculaire cérébral. Dans ce contexte, la proposition de loi de Victorin Lurel était tout à fait légitime. Comme l'a rappelé Gérard Bapt, c'est pour des raisons purement électoralistes qu'elle avait finalement été repoussée.

Depuis, nous avons découvert une nouvelle différence de traitement appliquée au détriment des consommateurs d'outre-mer : les produits qui leur sont vendus ont un délai de péremption beaucoup plus long qu'en métropole. Les producteurs de yaourts guadeloupéens m'ont dit souffrir de cette concurrence déloyale, eux qui ont déjà consenti de nombreux efforts pour réduire la teneur en sucres de leurs produits, alors même qu'ils doivent déjà faire face à une contrainte spécifique, la nécessité d'utiliser du lait en poudre.

Par ailleurs, il me paraît d'autant plus important d'adopter cette proposition de loi qu'elle correspond à un engagement pris par François Hollande lorsqu'il était candidat à l'élection présidentielle.

**M. Jean-Pierre Door.** La façon dont votent les députés UMP ne regarde qu'eux : ils se prononcent en conscience et n'ont donc aucun besoin de recevoir un conseil de la part de Jean-Louis Touraine.

Il est vrai que nous avons suggéré de renvoyer cette question à la future loi de santé publique, mais nous avons également proposé de passer par la voie réglementaire. Nous savons que cette proposition de loi sera votée, puisqu'elle est voulue par la majorité et que, de surcroît, notre groupe ne s'y oppose pas. Mais, comme toute loi, il lui faudra des mois pour entrer en vigueur, à l'issue de la procédure parlementaire et après la publication des décrets d'application. Or la ministre chargée de la santé pourrait parfaitement, dès demain, définir par un arrêté la liste des denrées concernées ainsi que les teneurs maximales en sucres autorisées. Certes, il lui faudrait d'abord prendre l'avis du Haut Conseil de santé publique, mais rien n'empêche celui-ci de se réunir très rapidement. Le problème pourrait donc être réglé en quelques semaines seulement.

**Mme la rapporteure.** Je n'ai pas besoin de répondre à nos collègues de la majorité, dont les arguments n'ont fait que conforter les nôtres. Je me concentrerai donc sur les observations émises par l'opposition.

Il est vrai que l'on aurait pu, pour traiter le sujet, passer par la voie réglementaire. Mais nous avons déjà perdu dix-huit mois depuis la première proposition présentée par Victorin Lurel. Et l'on voit bien, par ailleurs, que l'on ne peut pas compter sur les chartes de bonne conduite – une seule a été signée jusqu'à présent en outre-mer. Si nous voulons agir vite, nous devons donc passer par la loi.

Certains ont craint de favoriser les produits importés de l'étranger. Mais le texte proposé est sans ambiguïté : il concerne toutes les denrées distribuées outre-mer, qu'elles soient produites localement, dans l'Hexagone ou à l'étranger – aux États-Unis ou ailleurs.

Je n'ignore pas que le problème de l'obésité est multifactoriel. C'est d'ailleurs pourquoi j'ai appelé, lors de mon exposé liminaire, à ce que des dispositions complémentaires soient prises.

Il me paraît important d'élaborer des textes spécifiques à l'outre-mer, à l'instar du projet de loi sur la régulation économique. Insérée dans un grand projet de loi de santé publique, une disposition comme celle que nous examinons aujourd'hui passerait presque inaperçue.

Véronique Louwagie s'est demandé s'il ne faudrait pas inciter les industriels à réduire progressivement la teneur en sucres de leurs produits plutôt que de modifier brusquement la composition de ces derniers. Or le délai prévu par

le texte leur offre déjà cette possibilité. D'ailleurs, depuis 2011, certains industriels – notamment des producteurs locaux de yaourts – ont entrepris de réduire la teneur en sucres des denrées qu'ils commercialisent. Ils le font graduellement, de façon à ne pas perturber leurs consommateurs, mais le résultat est que les taux actuels, sans être encore identiques à ceux des produits distribués en métropole, tendent à s'en rapprocher. L'adoption de la proposition de loi permettrait d'achever le processus.

Je vous confirme, monsieur Issindou, que des produits identiques, élaborés le même jour et sur la même chaîne de production, peuvent se voir appliquer des dates limites de consommation différentes – jusqu'à soixante jours, contre trente en métropole – s'ils sont distribués en outre-mer. On aurait pourtant pu s'attendre à l'inverse, dans la mesure où les produits alimentaires, outre-mer, sont plus sensibles à certains aléas, comme la rupture de la chaîne du froid.

Les industriels rappellent que la détermination de la date limite de consommation est laissée à la liberté du producteur. Rien ne les empêche donc de fixer une date deux fois plus éloignée en outre-mer qu'en métropole. Je pense pour ma part qu'il s'agit d'une véritable inégalité sanitaire, aussi grave que celle résultant des différences en matière de taux de sucre : même si un produit conservé plus longtemps n'est pas impropre à la consommation, il aura certainement perdu certaines de ses qualités gustatives et organoleptiques. Entre trente et soixante jours après la fabrication, on ne peut plus parler de « produit frais ».

De telles pratiques existent depuis déjà longtemps et tendent à perdurer, malgré les constats dressés par la DGCCRF. Pour y mettre un terme, nous devons adopter la proposition de loi.

Je note au passage que l'opposition partage notre objectif de mettre fin à la différence de taux de sucre entre l'Hexagone et les territoires d'outre-mer.

Jean-Pierre Door a évoqué l'arrêté prévu à l'article 2. Je proposerai qu'il se borne à fixer la liste des produits concernés et qu'il soit pris conjointement par les ministres chargés de la santé et des outre-mer. En effet, il me paraît préférable de définir la teneur maximale en sucres à laquelle doivent être soumis les produits alimentaires distribués outre-mer mais non distribués en France hexagonale directement dans la loi. Je proposerai qu'elle soit ainsi définie en référence à la teneur la plus élevée constatée dans un groupe de produits comparables commercialisés en France métropolitaine. Si cette proposition est retenue, il ne sera en outre plus nécessaire de recueillir l'avis du Haut Conseil de santé publique.



## II.- EXAMEN DES ARTICLES

### *Article 1<sup>er</sup>*

(articles L. 3232-5 à L. 3232-7 [nouveaux] du code de la santé publique)

#### **Alignement des teneurs en sucres des produits alimentaires distribués en outre-mer et en France hexagonale**

##### *a) Le contexte*

Ainsi que l'ont montré les travaux menés sous la précédente législature par notre collègue Victorin Lurel, aujourd'hui ministre des outre-mer et précédemment auteur et rapporteur d'une première proposition de loi tendant à prohiber la différence de taux de sucre entre la composition des produits manufacturés et vendus dans les régions d'outre-mer et celle des mêmes produits vendus dans l'Hexagone <sup>(1)</sup>, **plusieurs produits alimentaires de consommation courante de marque identique distribués à la fois dans les collectivités d'outre-mer et en France hexagonale présentent des taux de sucres beaucoup plus importants lorsqu'ils sont commercialisés sur le marché ultramarin.**

Ce constat est corroboré par les relevés effectués localement <sup>(2)</sup> et n'est pas contesté par les industriels locaux fabriquant et commercialisant ces produits par le biais de franchises octroyées par les marques nationales. Un état des lieux exhaustif devrait être disponible d'ici la fin du premier semestre lorsque la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) aura achevé la grande enquête qu'elle mène actuellement afin, précisément, d'établir, pour un large spectre de produits de consommation courante, la teneur en sucres comparée de ces produits entre les outre-mer et la France hexagonale.

**Plus généralement, les denrées alimentaires consommées localement, qu'il s'agisse de produits commercialisés par des marques nationales, que l'on retrouve également dans l'Hexagone, ou de produits commercialisés uniquement outre-mer (production locale, importation de pays tiers de la zone Caraïbes ou l'Océan Indien), présentent des taux de sucre très élevés et, en moyenne, plus élevés que les denrées alimentaires relevant de la même catégorie ou de la même dénomination de vente <sup>(3)</sup> consommées en métropole.**

---

(1) Proposition de loi n° 3574 examinée à l'Assemblée nationale à l'automne 2011.

(2) Voir notamment l'étude du pôle agroalimentaire régional Martinique (PARM) de décembre 2011 relative aux taux de sucres et profil des sucres de boissons de type sodas et de produits laitiers frais prélevés dans les outre-mer.

(3) « La dénomination de vente d'une denrée alimentaire est celle fixée par la réglementation en vigueur en matière de répression des fraudes ou, à défaut, par d'autres réglementations ou par les usages commerciaux. En l'absence de réglementations ou d'usages, cette dénomination doit consister en une description de la denrée alimentaire et, si nécessaire, de son utilisation. La description doit être suffisamment précise pour permettre à l'acheteur d'en connaître la nature réelle et de la distinguer des produits avec lesquels elle pourrait être confondu. » (premier alinéa de l'article R. 112-14 du code de la consommation).

Si plusieurs facteurs, notamment historiques et économiques<sup>(1)</sup> mais également commerciaux<sup>(2)</sup>, peuvent être avancés pour expliquer ce phénomène, il n'en demeure pas moins que la présence de taux de sucres très élevés dans les denrées alimentaires consommées quotidiennement par les populations ultra-marines ne peut que contribuer à accroître le risque pour elles de développer des maladies du type obésité, maladies cardiovasculaires, diabète, *etc.* Il est en effet prouvé scientifiquement que **l'excès de consommation de sucre est un élément qui favorise le surpoids et l'obésité**, ainsi que les comorbidités qui y sont liés, telles que les maladies cardiovasculaires et le diabète. Or, dans les outre-mer, la prévalence de l'obésité parmi la population est largement supérieure à celle observée en France hexagonale, pis : alors qu'en métropole, le surpoids et l'obésité semblent avoir atteint un palier, ils continuent d'augmenter outre-mer, notamment chez les femmes et les enfants.

Face à un tel constat, à la fois en termes de santé publique mais aussi d'inégalité d'accès à une alimentation saine et de qualité au sein de la population française, selon qu'elle réside dans l'Hexagone ou outre-mer, il apparaît impératif de prendre des mesures fortes visant à réduire le taux de sucres dans l'alimentation des populations ultra-marines. Le professeur Serge Hercberg, président du Plan national nutrition santé (PNNS), a d'ailleurs indiqué à votre rapporteure que l'on disposait désormais de suffisamment d'éléments consensuels au niveau scientifique pour recommander une telle diminution des taux de sucre<sup>(3)</sup>.

### ***b) Le dispositif***

Le présent article regroupe en son sein les dispositions précédemment contenues au sein des articles 1<sup>er</sup> et 2 de la proposition de loi. Pour des raisons de clarté et d'intelligibilité de la loi, votre rapporteure a en effet proposé à la commission de rassembler au sein d'un même article toutes les dispositions ayant vocation à s'insérer dans le code de la santé publique.

Le présent article comprend donc désormais trois articles codifiés :

– l'article L. 3232-5, qui y figurait déjà, et qui a trait à la teneur en sucres ajoutés des produits similaires de même marque distribués en outre-mer et en France hexagonale ;

– l'article L. 3232-6, qui reprend les dispositions prévues initialement à l'article 2 visant à soumettre les produits distribués outre-mer mais non distribués dans l'Hexagone à une teneur maximale en sucres ajoutés ;

– et enfin l'article L. 3232-7 qui complète le dispositif en confiant aux agents de la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) le soin de contrôler l'application de la loi.

---

(1) Voir notamment l'intervention de M. Serge Larcher, sénateur, rapporteur de la commission des affaires économiques sur le projet de loi relatif à la régulation économique outre-mer, sur l'amendement n° 11 de Mme Aline Archimbaud (compte-rendu intégral des débats du Sénat du 26 septembre 2012).

(2) Les industriels plaident l'adaptation des produits aux goûts du consommateur local.

(3) Audition du 13 mars 2013.

*Article L. 3232-5 du code de la santé publique*

**Interdiction des teneurs en sucres ajoutés plus élevées dans les produits distribués outre-mer que dans les produits similaires de même marque distribués en France hexagonale**

L'article L. 3232-5 s'insère au sein de la troisième partie du code de la santé publique relative la **lutte contre les maladies et dépendances**. Cette troisième partie comprend un livre II *bis* consacré à la lutte contre les troubles du comportement alimentaire. L'article L. 3232-5 est introduit à la fin du chapitre II du titre unique intitulé « *Nutrition et santé* » de ce livre.

L'objectif poursuivi par l'article L. 3232-5 est de prohiber la différence de taux de sucres, qui est actuellement constatée pour de nombreuses denrées alimentaires, entre les produits similaires de même marque, selon que ces derniers sont distribués outre-mer ou en France hexagonale. Plus précisément, il interdit la présence de taux de sucres supérieurs à ceux pratiqués dans l'Hexagone dans les produits similaires de même marque distribués outre-mer.

• Signalons d'emblée, en réponse à d'éventuels arguments se fondant sur la défense des principes de **liberté du commerce** et de libre circulation des marchandises ou, plus pragmatiquement, de la possibilité pour l'industrie agroalimentaire d'adapter son offre aux goûts et préférences des consommateurs, que tant le droit français que le droit européen ou les traités régissant le commerce international autorisent des dérogations à ces principes et permettent aux États de limiter leur exercice lorsqu'un **objectif de santé publique** l'exige (*cf.* encadré ci-après).

***Liberté du commerce et préservation de la santé publique***

Si la législation nationale ainsi que les traités qui définissent le fonctionnement de l'Union européenne ou qui régissent les principes du commerce international garantissent la **liberté des échanges** (reconnaissance de la liberté du commerce et de l'industrie et de la liberté d'entreprendre en France, mise en œuvre de la libre circulation des marchandises sur le marché intérieur dans l'Union européenne ou application du principe de la nation la plus favorisée dans le cadre des accords de l'Organisation mondiale du commerce), ils reconnaissent également la **possibilité de restreindre cette liberté afin de sauvegarder ou préserver des objectifs de santé publique**. La jurisprudence a établi que les mesures prises à ce titre devaient être **justifiées et proportionnées** ; elles s'accompagnent en outre au niveau européen et international de procédures de **notification** spécifiques.

• En France, le Conseil constitutionnel a estimé qu'il était loisible au législateur d'apporter à la liberté d'entreprendre des limitations liées à des exigences constitutionnelles ou justifiées par l'**intérêt général**, à la condition qu'il n'en résulte pas d'atteintes disproportionnées au regard de l'objectif poursuivi (décision du Conseil constitutionnel n° 2010-55 du 18 octobre 2010 : conciliation entre le principe de la liberté d'entreprendre et l'objectif de valeur constitutionnelle de sauvegarde de l'ordre public).

Le juge administratif a également précisé le cadre dans lequel s'exerce la liberté d'entreprendre en indiquant que « *cette liberté s'entend de celle d'exercer une activité économique dans le respect de la législation et de la réglementation en vigueur et conformément aux prescriptions qui lui sont légalement imposées, tout spécialement lorsqu'elles poursuivent une exigence aussi impérieuse que la protection de la santé publique* » (arrêt du Conseil d'État en référé du 29 avril 2004 « Département du Var »).

La liberté du commerce ne s'exerce donc que dans les limites fixées par la loi. Sa réglementation doit néanmoins tenir compte des circonstances de temps et de lieu et être strictement justifiée par les menaces que son exercice comporte pour d'autres objectifs de valeur constitutionnelle tels que l'objectif de protection de la santé publique.

- Au niveau européen, la libre circulation des marchandises constitue l'un des piliers du marché intérieur qui se définit, aux termes de l'article 26 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE), comme « *un espace sans frontières intérieures dans lequel la libre circulation des marchandises, des personnes, des services et des capitaux est assurée selon les dispositions des traités* ».

La libre circulation des marchandises fait l'objet des articles 28 à 37 de ce traité. Elle repose sur la suppression des droits de douane et des restrictions quantitatives aux échanges (ainsi que l'interdiction des mesures d'effet équivalent), l'application d'un principe de reconnaissance mutuelle, l'élimination des barrières physiques et techniques et le développement de la normalisation au niveau européen. Ces principes ont été précisés à plusieurs reprises par la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE).

Ainsi, depuis l'arrêt « Dassonville » du 11 juillet 1974, toute **réglementation commerciale des États membres susceptible d'entraver directement ou indirectement, effectivement ou potentiellement, le commerce intracommunautaire** est à considérer comme une mesure d'effet équivalent à des restrictions quantitatives. Quant à la jurisprudence dite « Cassis de Dijon » (arrêt du 20 février 1979), elle a énoncé le principe selon lequel **tout produit légalement fabriqué et commercialisé dans un État membre conformément à ses règles traditionnelles et équitables et à ses processus de fabrication doit être autorisé sur le marché de n'importe quel autre État membre**. Par conséquent, les États membres sont tenus, même en l'absence de mesures d'harmonisation européenne, de permettre la circulation et la mise sur leur marché de produits légalement fabriqués et commercialisés dans un autre État membre et ne sont pas libres d'imposer des réglementations nationales susceptibles d'entraver la libre circulation de ces produits.

Ils peuvent néanmoins prendre des **mesures justifiées par des motifs d'intérêt général**, tels que ceux mentionnés à l'article 36 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne ou par des objectifs comparables (loyauté des transactions commerciales, protection de l'environnement et des consommateurs...). L'**article 36** permet de prendre des mesures d'effet équivalent à des restrictions quantitatives sous réserve que celles-ci soient justifiées par des **considérations non économiques à caractère général**, notamment la moralité publique, l'ordre public ou la sécurité publique, la **protection de la santé et de la vie des personnes** et des animaux ou la préservation des végétaux, la protection des trésors nationaux et la protection de la propriété industrielle et commerciale. Ces exceptions font l'objet d'une interprétation stricte et les mesures nationales ne doivent constituer ni un moyen de discrimination arbitraire ni une restriction déguisée au commerce entre États membres.

Elles doivent avoir une **incidence directe** sur les intérêts publics à protéger et doivent être **proportionnées** à l'objectif recherché. Enfin, ces exceptions ne peuvent être justifiées si une législation communautaire est entrée en vigueur dans le même domaine et si elle ne les permet pas.

La protection de la santé et de la vie des hommes, des animaux et des plantes constitue le motif le plus fréquemment invoqué par les États membres pour justifier les obstacles à la libre circulation des marchandises et la jurisprudence de la Cour est très vaste dans ce domaine. Elle a ainsi déclaré que « **parmi les biens ou intérêts protégés par l'article [36], la santé et la vie des personnes occupent le premier rang et qu'il appartient aux États membres, dans les limites imposées par le traité, de décider du niveau auquel ils entendent en assurer la protection, en particulier du degré de sévérité des contrôles à effectuer** » (arrêt « De Peijper », 1976).

Signalons enfin que les États membres sont tenus de notifier à la Commission les mesures nationales d'exception qu'ils mettent en place, afin de prévenir l'instauration de tout nouvel obstacle au commerce intracommunautaire. La **procédure de notification** définie par la directive 98/34/CE prévoit que les États membres informent la Commission et les autres États membres de tout projet de réglementations techniques portant sur des produits et/ou services de la société de l'information, afin qu'ils puissent réagir si le projet leur semble incompatible avec le droit communautaire ou si sa qualité peut être améliorée.

• L'accord sur les Obstacles Techniques au Commerce (OTC) conclu dans le cadre de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) prévoit également une procédure de notification relative aux obstacles techniques au commerce. Les membres de celle-ci sont ainsi tenus de notifier leurs projets de réglementations techniques et de démontrer qu'ils respectent les **principes de non-discrimination entre les produits nationaux et les produits importés, de proportionnalité et d'équivalence**. L'accord OTC vise à faire en sorte que les règlements, normes et procédures d'essai et d'homologation ne créent pas d'obstacles non nécessaires aux échanges ; toutefois, il reconnaît aussi le droit des États d'adopter les normes qu'ils jugent appropriées, par exemple pour protéger la santé des consommateurs.

Rappelons en effet que, depuis ses débuts, l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT - *General Agreement on Tariffs and Trade*) garantit dans son article XX le **droit de prendre des mesures pour restreindre les importations et les exportations de produits lorsque ces mesures sont nécessaires à la protection de la santé et de la vie des personnes** et des animaux ou à la préservation des végétaux (article XX b)) ou se rapportent à la conservation des ressources naturelles (article XX g)). Ces dispositions reconnaissent qu'il y a des cas où les États parties à l'accord peuvent souhaiter poursuivre d'autres objectifs légitimes tels que la santé.

« *Les exceptions autorisées dans l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce et dans l'Accord général sur le commerce et les services en ce qui concerne la santé indiquent l'importance que les membres [de l'OMC] attachent à l'autonomie nationale pour ce qui est de protéger la santé* » (« Les accords de l'OMC et la santé publique », étude conjointe de l'Organisation mondiale de la santé et du secrétariat de l'Organisation mondiale du commerce, 2002).

Soulignons à cet égard que l'article XX du GATT n'énonce aucune obligation de quantifier le risque pour la vie ou la santé des personnes. Toutefois, pour autoriser des exceptions en matière de santé, les accords de l'OMC exigent **que les mesures prises ne soient pas plus restrictives pour le commerce qu'il n'est nécessaire**.

Aux termes de l'étude précitée, il convient donc de mettre en balance une série de facteurs comme l'importance des intérêts protégés par la mesure, son efficacité quant à l'application des politiques et son effet sur les importations ou les exportations. À cet égard, l'**affaire de l'amiante** (WT/DS135, décision de l'organe d'appel de l'OMC du 12 mars 2011 sur la contestation introduite en 1998, par le Canada, d'un décret français interdisant la fabrication, la vente, l'exportation, l'importation et l'utilisation de fibres d'amiante et de produits en contenant) a permis d'éclaircir la signification de ce qui est « nécessaire » à la protection de la santé au titre des règles de l'OMC. Après avoir établi que l'interdiction de l'amiante était destinée à protéger la santé - objectif vital -, l'organe d'appel s'est demandé s'il serait possible d'appliquer d'autres mesures qu'une interdiction pure et simple et a décidé que l'on ne pouvait raisonnablement s'attendre à ce que la France applique des méthodes d'« utilisation contrôlée », comme l'avait allégué le Canada, l'efficacité d'une telle utilisation ne pouvant être démontrée concrètement. L'interdiction a donc été jugée « nécessaire » à la protection de la santé au sens de l'exception prévue à l'article XX b) du GATT.

Les mesures de protection de la santé publique susceptibles de constituer une restriction ou une entrave aux échanges doivent donc être, d'une part, **justifiées et proportionnées** et, d'autre part, **non discriminatoires** :

– sur le premier point, comme nous l'avons indiqué précédemment, l'état de santé des populations ultramarines, marqué par un très fort taux d'obésité<sup>(1)</sup>, nous semble parfaitement justifier le recours à des mesures de puissance publique et, en l'occurrence, une limitation de la teneur en sucres des denrées alimentaires de consommation courante distribuées outre-mer. Comme le soulignait Victorin Lurel dans son rapport de 2011<sup>(2)</sup>, « *la limitation de la liberté des industriels de l'agroalimentaire qui commercialisent leurs produits à la fois dans l'Hexagone et outre-mer de vendre outre-mer des produits avec la composition de leur choix est fondée sur les exigences de la protection de la santé publique, dont le Conseil constitutionnel a reconnu la valeur constitutionnelle et (...) il leur sera toujours loisible de continuer à distribuer leurs produits, même s'ils devront en réduire la teneur en sucres* » ;

– sur le second aspect, on se bornera à indiquer que, si le présent article ne concerne que les produits de même marque distribués à la fois en métropole et outre-mer, quelle que soit l'origine de ces produits, l'article L. 3232-6 (anciennement l'article 2) vise quant à lui les produits distribués localement n'ayant pas d'équivalents en métropole, quelle que soit leur origine (production locale ou importation) : ainsi, il n'y a pas d'inégalité de traitement entre les producteurs, selon le lieu où ils commercialisent leurs produits.

• S'agissant du champ d'application du dispositif, sont visées de manière très générale les « **denrées alimentaires de consommation courante** ». La notion de denrée alimentaire est définie à l'article R. 112-1 du code de la consommation comme « *toute denrée, produit ou boisson destiné à l'alimentation de l'homme* ».

---

(1) Voir notamment l'enquête PODIUM réalisée par l'association AGRUM ou les données des observatoires régionaux de santé.

(2) Rapport n° 3767 précité.

En droit européen, la définition posée par le règlement (CE) n° 178/2002 établissant les principes généraux et les prescriptions générales de la législation alimentaire <sup>(1)</sup> vise, plus précisément, « *toute substance ou produit, transformé, partiellement transformé ou non transformé, destiné à être ingéré ou raisonnablement susceptible d'être ingéré par l'être humain* » (article 2 du règlement).

Le dispositif a vocation à s'appliquer quelle que soit la destination des denrées alimentaires ainsi visées, qu'elles soient achetées directement par le consommateur final ou qu'elles soient distribuées via les « *collectivités* », c'est-à-dire les sites de restauration collective <sup>(2)</sup>.

Enfin, il s'agit bien de viser des denrées alimentaires ayant des « équivalents » au sein d'une même marque, distribués à la fois en France hexagonale et outre-mer. Le texte vise ainsi les **produits « similaires »**, c'est-à-dire analogues, susceptibles d'être assimilés les uns aux autres, sans être strictement identiques. Rappelons que cette rédaction est issue des travaux de la commission des affaires sociales lors de l'examen de la proposition de loi n° 3574 en septembre 2011. Le texte initial ne visait en effet que les produits strictement identiques (« *même produit de même marque* »), au risque de ne toucher *in fine* qu'un nombre extrêmement limité de denrées. Victorin Lurel note ainsi dans son rapport du 28 septembre 2011 <sup>(3)</sup> : « *Avec la rédaction initiale, il existait un risque que l'industrie agroalimentaire s'abrite derrière une différence infime de conditionnement ou de présentation pour échapper à la loi. La référence à un produit 'similaire' ou 'quasi identique' de même marque, c'est-à-dire à un produit à peu près de même nature, permet d'éviter ce risque de contournement de la loi* ».

• Le champ d'application « géographique » du dispositif est défini quant à lui en référence collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution qui vise « *les départements et les régions d'outre-mer* » où « *les lois et règlements sont applicables de plein droit* », mais qui peuvent néanmoins faire l'objet d'adaptations tenant aux caractéristiques et contraintes particulières de ces territoires. Cette notion recouvre cinq collectivités ultramarines : **la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane, la Réunion et Mayotte**. On notera que ces collectivités étaient visées, dans le texte initial, sous le vocable de « régions d'outre-mer ». La référence à l'article 73 de la Constitution est cependant apparue plus claire.

---

(1) Règlement (CE) n° 178/2002 du Parlement européen et du Conseil du 28 janvier 2002 établissant les principes généraux et les prescriptions générales de la législation alimentaire, instituant l'Autorité européenne de sécurité des aliments et fixant des procédures relatives à la sécurité des denrées alimentaires

(2) L'article R. 112-1 du code de la consommation définit les collectivités comme « les restaurants, hôpitaux, cantines et autres collectivités similaires ».

(3) Rapport n° 3767 fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à prohiber la différence de taux de sucre entre la différence de taux de sucre entre la composition des produits manufacturés et vendus dans les régions d'outre-mer et celle des mêmes produits vendus dans l'Hexagone.

Elle a par ailleurs été complétée par la mention de trois autres collectivités relevant quant à elles de l'article 74 de la Constitution : **Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon**.

Ne sont en revanche pas comprises dans le champ d'application du présent article :

– les autres **collectivités d'outre-mer relevant de l'article 74 de la Constitution** et régies à ce titre par des statuts qui tiennent compte « *des intérêts propres de chacune d'elles au sein de la République* ». Il s'agit de la Polynésie française et des îles Wallis et Futuna ;

– **la Nouvelle-Calédonie**, qui constitue une collectivité *sui generis* relevant du titre XIII de la Constitution, qui lui est consacré (articles 76 et 77) ;

– **les Terres australes et antarctiques** françaises et Clipperton, dont l'article 72-3 de la Constitution prévoit que le régime législatif et l'organisation particulière sont régis par la loi.

Certaines de ces collectivités, comme la Polynésie française ou la Nouvelle-Calédonie, ont une compétence propre en matière de santé et d'hygiène publique et les lois adoptées au plan national dans ces domaines ne peuvent en tout état de cause pas s'appliquer à elles.

• S'agissant de la **notion de taux de sucres ajoutés**, il convient de souligner que celle-ci se décline, à dessein, avec le mot « sucre » au pluriel. Rappelons en effet que la commission des affaires sociales avait estimé, en 2011, que la référence au « sucre » au singulier dans la rédaction initiale de la proposition de loi de Victorin Lurel n'était « *pas pleinement satisfaisante* »<sup>(1)</sup>.

Le « sucre » ne désigne en effet *stricto sensu* que le saccharose. Or, il existe plusieurs variétés de sucres au sein de la famille des glucides, tels le glucose, le fructose, le lactose, *etc.* Le recours au pluriel est donc parfaitement justifié, c'est d'ailleurs au pluriel que ce terme figurait à l'article 2 s'agissant de la définition d'une « *teneur maximale en sucres* ».

Votre rapporteure a en outre estimé qu'il convenait de préciser encore la rédaction de l'article L. 3232-5 en se référant non pas à la teneur en sucres totaux des denrées mais à la teneur en **sucres ajoutés**. En effet, les producteurs ne maîtrisent pas toujours la teneur en sucres de leur matière première, contrairement à celle des ingrédients (matières sucrantes, préparations aux fruits, *etc.*) qu'ils ajoutent ensuite. C'est notamment le cas des producteurs ultramarins de yaourts qui, en raison de la très faible quantité de lait frais disponible sur place, fabriquent leurs yaourts à base de poudre de lait. Les processus successifs de déshydratation et de réhydratation de ce produit le rendent *in fine* plus riche en lactose et donc plus sucré (mais également plus pauvre en graisses) que les yaourts produits

---

(1) Extrait du rapport n° 3767 précité.

fabriqués avec du lait frais. La matière blanche qui est la base de tous les yaourts est donc elle-même plus sucrée : il convient de tenir compte de cette réalité afin de ne pas pénaliser injustement la production agroalimentaire locale.

• Un second alinéa a enfin été inséré par la commission au sein de l'article L. 3232-5 enfin de prévoir une **période d'adaptation** en cas de changement des teneurs en sucre des produits hexagonaux, de manière à permettre aux producteurs commercialisant des produits similaires outre-mer d'écouler leurs stocks. Cette période est néanmoins limitée à six mois.

*Article L. 3232-6 du code de la santé publique*

**Fixation d'une teneur maximale en sucres ajoutés dans les produits distribués outre-mer mais non distribués en France hexagonale**

Dans le cadre des travaux de la commission, un nouvel **article L. 3232-6** a été inséré au sein de l'article 1<sup>er</sup> reprenant les dispositions figurant initialement à l'article 2 de la proposition de loi, qui n'étaient pas codifiées.

Ces dispositions constituaient le pendant de celles de l'article L. 3232-5 en ce qu'elles prévoyaient une limitation des taux de sucres dans les denrées alimentaires de consommation courante distribuées outre-mer : des teneurs maximales devaient ainsi être déterminées par un arrêté du ministre de la santé, pris après avis du Haut Conseil de la santé publique. Ce même arrêté devait également dresser la liste des produits soumis à cette limitation.

Outre de déplacer ces dispositions, votre rapporteure a proposé d'en clarifier la rédaction et de les rendre plus opérationnelles en définissant directement dans la loi la teneur maximale imposée aux denrées alimentaires concernées.

• Si l'article L. 3232-5 garantit que deux produits similaires de même marque ne contiennent pas des teneurs en sucres différentes selon qu'ils sont distribués dans les régions d'outre-mer ou dans l'Hexagone, rétablissant ainsi une égalité de traitement entre le consommateur ultramarin et celui de métropole, il ne traite pas du cas des **denrées alimentaires distribuées exclusivement dans les régions d'outre-mer** <sup>(1)</sup>.

Il s'avère cependant qu'un certain nombre de produits, comme des sodas par exemple, distribués dans les régions d'outre-mer mais pas en métropole, contiennent des taux de sucres très élevés, sans que le consommateur en soit toujours informé. Or, en l'absence de référence à un produit de même marque dans l'Hexagone, ces denrées alimentaires échapperaient au dispositif de l'article L. 3232-5 : celle-ci pourraient donc en théorie continuer à contenir une teneur en

---

(1) L'adverbe « exclusivement » doit s'entendre ici d'une exclusion de l'Hexagone, mais pas du reste du monde : ainsi les denrées alimentaires non commercialisées en métropole mais vendues à la fois dans les collectivités d'outre-mer et dans les pays tiers doivent être soumises aux dispositions du présent article, au même titre que la production locale ultramarine non exportée vers l'Hexagone.

sucres très élevée. Cette situation serait toutefois intenable, tant du point de vue de la santé publique que de l'égalité de traitement des producteurs.

Le texte initial de la proposition de loi de Victorin Lurel prévoyait donc de soumettre certains de ces produits – en l'occurrence les boissons non alcooliques et les spécialités laitières – à une teneur en sucres maximale fixée par arrêté du ministre de la santé, après avis du Haut Conseil de la santé publique. Le dispositif proposé ici vise quant à lui, plus globalement, à soumettre à une teneur en sucres ajoutés maximale les « *denrées alimentaires distribuées [en outre-mer] mais non distribuées en France hexagonale* » dont la liste est fixée par un arrêté du ministre chargé de la santé.

• S'agissant de la teneur maximale à laquelle doivent être soumis les produits alimentaires distribués en outre-mer mais non en Hexagone, celle-ci est définie directement par la loi : elle correspond à la « ***teneur en sucres ajoutés la plus élevée constatée dans les denrées alimentaires assimilables de la même famille distribuées en France hexagonale*** ».

Rappelons que le dispositif initial prévoyait que cette teneur était fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Toutefois, comme Victorin Lurel l'avait indiqué dans le cadre de ses travaux sur la proposition de loi n° 3574, la fixation d'une teneur maximale en glucides ou en sucres fait encore l'objet de discussions au sein de la communauté scientifique. Le groupe de travail de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments avait ainsi reconnu en 2004 « *la difficulté à fixer une limite de consommation chiffrée de glucides simples ajoutés* » tout en reconnaissant néanmoins que ces derniers « *dont la consommation est en augmentation constante et dont l'excès d'apport a des effets délétères démontrés doivent être réduits* »<sup>(1)</sup>. Le groupe de travail estimait également que « *la participation du secteur agroalimentaire [était] essentielle pour réduire la consommation « passive » des glucides simples ajoutés* » et précisait même qu'il existait « *de nombreux produits agroalimentaires au goût sucré dont les teneurs en glucides simples pourraient être réduites, sans que cela joue défavorablement sur la texture ou toute autre propriété fonctionnelle de l'aliment* ».

Face au risque d'incertitude scientifique entourant la détermination d'une teneur maximale univoque, votre rapporteure a considéré que la teneur maximale pourrait être simplement définie en référence à la **teneur la plus élevée constatée dans le groupe de produits le plus comparables commercialisés en France hexagonale**. Cette rédaction, qui s'inspire de celle de l'article L. 3232-5, permet de disposer d'une référence claire et de simplifier la mise en œuvre du dispositif. En effet, il n'apparaît **plus nécessaire de saisir le Haut conseil de la santé publique** sur la définition de cette teneur.

---

(1) « Glucides et santé : état des lieux, évaluation et recommandations ».

• Quant à la définition de la liste de produits dont la consommation importante dans les collectivités ultramarines alliée à des teneurs en sucres élevés les désignerait comme prioritaires pour être soumis à une limitation des taux de sucres dans leur composition, elle ne paraît pas non plus requérir l'intervention du Haut conseil. Le Professeur Serge Herberg, membre de la commission spécialisée « Prévention, éducation et promotion de la santé » du Haut Conseil, interrogé par votre rapporteure<sup>(1)</sup> a d'ailleurs considéré qu'un tel travail était tout à fait réalisable sur la base des travaux de l'Observatoire de la qualité de l'alimentation<sup>(2)</sup>.

L'arrêté auquel renvoie le dispositif se borne donc désormais à définir la **liste** des denrées alimentaires soumises à une limitation de leur teneur en sucres. Il sera soumis à la signature conjointe des ministres chargés de la santé et de l'outre-mer.

• Enfin, comme à l'article L. 3232-5, un dernier alinéa prévoit une **période d'adaptation** en cas de changement des teneurs en sucre des produits hexagonaux de référence, de manière à permettre aux producteurs commercialisant des produits similaires outre-mer d'écouler leurs stocks. Cette période est limitée à six mois.

#### *Article L. 3232-7 du code de la santé publique*

##### **Constat des infractions**

Le présent article habilite les agents de la DGCCRF, des douanes et des finances publiques (mentionnés au 1° du I de l'article L. 215-1 du code de la consommation) à constater les infractions aux dispositions des articles L. 3232-5 et L.3232-6, dans les conditions prévues par le code de la consommation.

\*

La Commission est saisie de l'amendement AS 1 de la rapporteure.

**Mme la rapporteure.** Cet amendement procède à une réécriture globale de l'article 1<sup>er</sup>, afin d'y rassembler l'ensemble des dispositions de la proposition de loi qui modifient le code de la santé publique. Il est également l'occasion de préciser certaines notions telles que les « sucres ajoutés » ou la « teneur maximale ». L'objectif est d'obtenir un texte clair et applicable directement, puisque seul l'article 3232-6 nécessite la publication d'un arrêté conjoint des

---

(1) *Audition du 13 mars 2013.*

(2) *L'OQALI constitue la « section nutritionnelle chargée des questions relatives à l'offre et aux caractéristiques des aliments » de l'Observatoire de l'Alimentation, dont la mise en œuvre a été confiée à l'Institut National de la Recherche Agronomique et à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) par les ministères en charge de l'alimentation, de la santé et de la consommation. Il a pour mission d'exercer un suivi global de l'offre alimentaire des produits transformés présents sur le marché français en mesurant l'évolution de la qualité nutritionnelle (composition nutritionnelle et informations sur les étiquetages).*

ministres chargés de la santé et des outre-mer. La loi pourra donc s'appliquer sans autre délai que celui laissé aux producteurs pour s'y conformer.

La Commission **adopte** l'amendement AS 1.

L'article 1<sup>er</sup> est **ainsi rédigé**.

## *Article 2*

### **Mise en œuvre de la loi**

Le présent article prévoit une entrée en vigueur des dispositions de l'article 1<sup>er</sup> dans un **délai de six mois à compter de la promulgation de la loi**.

L'article 1<sup>er</sup> renvoyait initialement à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2014 pour la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 3232-5. Il a cependant été jugé préférable, d'une part, de ne pas faire figurer de dispositions transitoires relatives à l'entrée en vigueur de la loi dans un article codifié et, d'autre part, de prévoir plutôt un délai permettant aux acteurs économiques de s'adapter aux nouvelles règles prévues par le texte, plutôt que d'arrêter une date fixe susceptible d'être soumise aux aléas du calendrier parlementaire.

Cette modification est conforme à l'esprit de la proposition de loi de Victorin Lurel, l'introduction d'une date d'application au sein du dispositif visant initialement à « permettre aux industriels de modifier leurs processus de fabrication et de disposer [pour ce faire] d'un délai suffisant »<sup>(1)</sup>.

\*

La Commission examine l'amendement AS 2 de la rapporteure.

**Mme la rapporteure.** Plutôt que de prévoir une date précise – le 1<sup>er</sup> janvier 2014 – pour l'entrée en vigueur du texte, il est proposé de compter un délai de six mois à partir de la date de promulgation de la loi. Ce bon compromis donnera à tous les acteurs économiques le temps nécessaire pour se mettre en conformité avec les nouvelles dispositions.

La Commission **adopte** l'amendement AS 2.

L'article 2 est **ainsi rédigé**.

---

(1) Extrait du rapport n° 3767 précité.

### Article 3

#### Dates limite de consommation des produits alimentaires distribués en outre-mer et en France hexagonale

##### a) Le contexte

Selon le même raisonnement que celui suivi à l'article 1<sup>er</sup>, le présent article vise à mettre fin à une autre inégalité de traitement entre consommateurs, tenant aux dates limites de consommation (DLC) apposées sur les denrées alimentaires.

Il s'avère en effet que certains industriels hexagonaux ont mis en place un **dispositif de double étiquetage en matière de date limite de consommation des produits périssables**. Ainsi, alors que la quasi-totalité des yaourts se voient apposés la mention « à consommer jusqu'au... » assortie d'un délai de 30 jours lorsqu'ils sont commercialisés en France hexagonale <sup>(1)</sup>, les mêmes produits, de même marque, se voient apposés une mention comportant un délai pouvant aller jusqu'à 55 jours lorsqu'ils sont distribués outre-mer.

Or, d'après les informations figurant sur le site internet de la Direction générale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes (DGCCRF), « la date limite de consommation indique une limite impérative. Elle s'applique à des denrées microbiologiquement très périssables, qui, de ce fait, sont susceptibles, après une courte période, de présenter un danger immédiat pour la santé humaine ».

Rappelons en effet qu'aux termes de la directive n° 200/13/CE <sup>(2)</sup>, qui s'applique aux denrées alimentaires destinées à être livrées en l'état au consommateur final ou aux restaurants, hôpitaux, cantines et autres collectivités similaires, il est **obligatoire d'apposer une date limite de consommation sur les denrées alimentaires très périssables**. Les dates limite des produits, ainsi que leurs conditions de conservation, sont fixées par le fabricant et relèvent de sa seule responsabilité. S'il lui appartient d'apporter la preuve que ses produits seront

---

(1) Notons à cet égard que la fixation de DLC à trente jours permet en outre au fabricant de se prévaloir du terme « frais » en application d'une note adoptée par le conseil nationale de la consommation le 8 février 1990 aux termes de laquelle un produit alimentaire peut être présenté comme frais s'il répond à la triple condition : a) de posséder, au moment de la vente, les caractéristiques, notamment organoleptiques et hygiéniques, qu'il présentait lors de sa production ou de sa fabrication ; b) de ne pas avoir été conservé grâce à l'emploi de tout traitement ou à l'addition de toute substance destinée à stopper l'activité des enzymes et de la microflore, exception faite de la réfrigération et, dans certains cas, de la pasteurisation ; c) d'avoir été produit ou fabriqué depuis moins de trente jours.

(2) Directive n° 200/13/CE du Parlement européen et du Conseil du 20 mars 2000 relative au rapprochement des législations des États membres concernant l'étiquetage et la présentation des denrées alimentaires ainsi que la publicité faite à leur égard. Cette directive sera remplacée à compter du 13 décembre 2014 par le règlement (UE) n° 1169/2011 concernant l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires.

stables pendant la période définie <sup>(1)</sup>, il reste néanmoins libre d'apposer les délais de consommation qu'il souhaite sur les produits qu'il met sur le marché.

Ce cadre général n'autorise toutefois pas explicitement les industriels à pratiquer un double étiquetage pour des produits identiques, et ce d'autant plus que cette pratique va clairement à l'encontre d'une bonne information du consommateur ! S'agissant du consommateur ultra-marin, celui-ci ne sait pas que le produit importé de métropole qu'il achète a pu être fabriqué il y a bien plus longtemps qu'un produit équivalent produit localement vendu avec une DLC identique, de même qu'il ignore que ce même produit distribué en France serait peut-être déjà retiré des rayons. Le consommateur résidant en France hexagonale ignore quant à lui que le produit qu'il achète avec une DLC à 30 jours peut être considéré comme encore consommable pendant 15 ou 25 jours supplémentaires outre-mer.

Quel que soit le point de vue selon lequel on se place, cette situation est choquante et nécessiterait une enquête approfondie des services de l'Etat afin d'établir si oui ou non un même produit peut être consommé sans risque pour la santé humaine indifféremment jusqu'à 30 ou jusqu'à 60 jours après sa fabrication. Mais, quels que soient les résultats de cette enquête, il apparaît en tout état de cause inadmissible, du point de vue de l'**égalité des droits des consommateurs sur le territoire français**, que des délais différents de consommation, ne tenant pas aux qualités intrinsèques d'un produit, puissent être apposés sur les emballages en fonction du lieu de distribution de ces produits, *a fortiori* lorsque ces pratiques conduisent à fixer des durées plus longues pour des produits alimentaires périssables pour lesquels les facteurs de risque, liés au transport ou au stockage, sont potentiellement plus importants.

### ***b) Le dispositif***

L'objet du présent article est d'**interdire d'apposer des dates de consommation plus tardives pour les produits alimentaires distribués outre-mer que pour les mêmes produits de même marque distribués en France hexagonale**.

Le dispositif vise, plus précisément, non pas les DLC en elles-mêmes, mais « le délai dans lequel une denrée alimentaire doit être consommée » afin de prévoir que celui-ci ne puisse pas être plus long lorsque cette denrée est distribuée outre-mer que le délai appliqué à la même denrée de même marque commercialisée en France hexagonale.

Le champ d'application de cette disposition est identique à celui de l'article 1<sup>er</sup> : il concerne les collectivités mentionnées à l'article 73 de la

---

(1) A cette fin, des tests de vieillissement doivent être effectués, soit en interne, soit par un laboratoire indépendant. Pour ce qui concerne les produits périssables soumis à une DLC, les tests de vieillissement doivent observer un protocole normalisé (norme NF V01-003)

Constitution ainsi que les collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon.

\*

La Commission est saisie de l'amendement AS 3 de la rapporteure, visant à introduire un article additionnel après l'article 2.

**Mme Monique Orphé.** La teneur plus élevée en sucres de certaines denrées alimentaires n'est pas la seule différence de traitement que subissent les consommateurs en fonction de leur lieu de résidence, puisque certains industriels ont mis en place un dispositif de double étiquetage en matière de date limite de consommation des produits périssables. Ainsi, cette date est fixée à trente jours après la fabrication pour la quasi-totalité des yaourts distribués en métropole, alors qu'elle peut aller jusqu'à cinquante-cinq jours pour les mêmes produits lorsqu'ils sont distribués outre-mer.

Une telle pratique va à l'encontre de la bonne information du consommateur. Celui d'outre-mer ignore que certains produits qu'il consomme seraient considérés comme périmés en France métropolitaine. C'est d'autant plus choquant que les producteurs locaux, eux, prévoient des délais de consommation plus courts afin de tenir compte de facteurs susceptibles d'altérer la qualité des produits après leur mise en circulation.

Quant au consommateur résidant en France hexagonale, il ignore que le produit qu'il est susceptible de jeter pour cause de dépassement de la date limite de consommation serait considéré, outre-mer, comme consommable pendant au moins quinze jours de plus. Cela laisse entrevoir l'ampleur du gaspillage organisé par les industriels !

L'objet du présent amendement est donc de prohiber ces pratiques.

La Commission **adopte** l'amendement AS 3.

#### *Article 4*

#### **Promotion des denrées alimentaires issues des circuits courts de distribution dans le cadre de la restauration collective en outre-mer**

Le présent article vise à contribuer à l'amélioration de la qualité de l'offre alimentaire outre-mer en rendant obligatoire la prise en compte du **critère de performances en matière de développement des approvisionnements directs de produits de l'agriculture dans l'attribution des marchés publics de restauration collective** en outre-mer.

L'article 53 du code des marchés publics dispose que, pour attribuer un marché public au candidat qui a présenté l'offre économiquement la plus avantageuse, le pouvoir adjudicateur peut se fonder soit sur un seul critère, celui

du prix, soit sur une **pluralité de critères non discriminatoires et liés à l'objet du marché**. Ces critères, dont la liste n'est pas exhaustive <sup>(1)</sup>, sont les suivants : « *la qualité, le prix, la valeur technique, le caractère esthétique et fonctionnel, les performances en matière de protection de l'environnement, les performances en matière de développement des approvisionnements directs de produits de l'agriculture, les performances en matière d'insertion professionnelle des publics en difficulté, le coût global d'utilisation, les coûts tout au long du cycle de vie, la rentabilité, le caractère innovant, le service après-vente et l'assistance technique, la date de livraison, le délai de livraison ou d'exécution, la sécurité d'approvisionnement, l'interopérabilité et les caractéristiques opérationnelles* ».

Au sein de ce faisceau de critères, la prise en compte des performances en matière d'approvisionnement direct de produits issus de l'agriculture permet aux collectivités publiques de promouvoir la consommation de produits frais de saison auprès des utilisateurs des sites de restauration collective dont elles ont la charge, notamment auprès des enfants dont les habitudes alimentaires sont en formation.

L'exemple a été donné par l'Etat depuis la loi dite « Grenelle 1 » du 3 août 2009, où celui-ci s'est fixé des objectifs quantitatifs en matière d'approvisionnement de ses services de restauration collective en produits saisonniers, à faible impact environnemental, bénéficiant de signes d'identification de la qualité et de l'origine ou issus d'exploitations engagées dans une démarche de certification environnementale. Ces dispositions ont été complétées par la loi du 27 juillet 2010 de modernisation de l'agriculture, qui a inclus dans cette liste les produits faisant l'objet de circuits courts de distribution. C'est d'ailleurs dans la continuité de cette modification législative que le code des marchés publics a évolué afin d'intégrer ce nouveau critère, de manière à ce qu'il puisse être pris en compte par l'ensemble des collectivités publiques dans l'attribution de leurs marchés de restauration collective.

En dépit de l'adoption, dans le cadre des discussions sur le projet de loi de modernisation agricole, d'un amendement de notre collègue Serge Létchimy visant à prendre en compte la situation spécifique des collectivités d'outre-mer dans le cadre de la promotion des circuits courts de distribution <sup>(2)</sup>, finalement supprimé en commission mixte paritaire, ces dispositions n'ont fait l'objet d'aucune adaptation dans les territoires ultra-marins.

L'éloignement de ces territoires, l'étroitesse de leurs marchés locaux et les liens commerciaux prédominants avec la métropole justifieraient néanmoins pleinement que des incitations spécifiques soient mises en place afin de favoriser le développement de **régimes alimentaires durables**, car axés sur les ressources locales et en harmonie avec le climat et la culture de ces régions, plutôt que de

---

(1) Aux termes de l'article 53 en effet, « d'autres critères peuvent être pris en compte s'ils sont justifiés par l'objet du marché ».

(2) Sous-amendement n° 1376 rectifié à l'amendement n° 1222 (deuxième rectification) du Gouvernement présenté en première lecture à l'Assemblée nationale.

recourir à de la nourriture industrielle, qu'elle soit élaborée localement ou importée.

Pour ce faire, le présent article vise simplement à **rendre la prise en compte de ce critère non plus facultative pour les pouvoirs adjudicateurs mais obligatoire**. S'il s'agit là d'une restriction au principe de libre administration des collectivités locales, les pouvoirs adjudicateurs responsables de ces marchés resteront libres de **pondérer ce critère selon l'abondance de l'offre de ces produits et leur situation économique**. L'obligation ne porte en effet que sur la prise en compte obligatoire de ce critère et pas sur son importance quantitative par rapport à d'autres, comme le prix ou la qualité.

Enfin, contrairement à la loi Grenelle 1, aucun objectif quantitatif en termes d'approvisionnement en denrées issues des circuits courts n'est arrêté.

Cette proposition n'en constitue pas moins un signal important pour inciter au développement d'une offre de proximité et favoriser la diversité et la qualité de l'offre alimentaire en restauration collective.

\*

La commission examine l'amendement AS 4 de la rapporteure.

**Mme la rapporteure.** Parmi les critères pouvant être utilisés pour l'attribution des marchés publics de fourniture de restauration collective, l'article 53 du code des marchés publics cite « les performances en matière de développement des approvisionnements directs de produits de l'agriculture ». L'objectif de l'amendement est de rendre obligatoire la prise en compte de ce critère, aujourd'hui purement facultative, dans les collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution ainsi qu'à Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon. Les collectivités resteront toutefois libres de déterminer l'importance qu'il convient de donner à ce critère au moment de prendre la décision finale.

L'objectif est de favoriser le développement d'une offre de proximité et d'améliorer la qualité des produits de restauration collective.

La Commission **adopte** l'amendement AS 4.

\*

*Titre de la proposition de loi*

La Commission est saisie de l'amendement AS 5 de la rapporteure.

**Mme la rapporteure.** Afin que le titre reflète mieux les dispositions qu'il contient, nous proposons d'intituler le texte : « Proposition de loi visant à garantir la qualité de l'offre alimentaire en outre-mer ».

La Commission **adopte** l'amendement AS 5.

Puis elle **adopte** l'ensemble de la proposition de loi **modifiée**.



**En conséquence, la Commission des affaires sociales demande à l'Assemblée nationale d'adopter la proposition de loi visant à garantir la qualité de l'offre alimentaire en outre-mer, dans le texte figurant en annexe au présent rapport.**

## TABLEAU COMPARATIF

Dispositions en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
<p>Code de la santé publique</p> <p>Troisième partie Lutte contre les maladies et les dépendances Livres II bis Lutte contre les troubles du comportement alimentaire Titre unique Nutrition et santé Chapitre II</p>	<p><b>Proposition de loi tendant à prohiber la différence de taux de sucre entre la composition des produits manufacturés et vendus dans les régions d’outre-mer et celle des mêmes produits vendus dans l’hexagone</b></p> <p><b>Article 1<sup>er</sup></b></p> <p>Le chapitre II du titre unique du livre II bis de la troisième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 3232-5 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 3232-5. – Aucune denrée alimentaire de consommation courante destinée à être présentée au consommateur final ou aux collectivités dans les régions d’outre-mer ne peut contenir, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014, davantage de sucres que le produit similaire de même marque vendu en France hexagonale ».</p>	<p><b>Proposition de loi visant à garantir la qualité de l’offre alimentaire en outre-mer</b></p> <p><b>Amendement AS 5</b></p> <p><b>Article 1<sup>er</sup></b></p> <p>Le chapitre ...</p> <p>... par des articles L. 3232-5 à L. 3232-7 ainsi rédigés :</p> <p>« Art. L. 3232-5. – ...</p> <p>... destinée au consommateur final distribuée dans les collectivités mentionnées à l’article 73 de la Constitution ainsi que dans les collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon ne peut avoir une teneur en sucres ajoutés supérieure à celle d’une denrée similaire de la même marque distribuée en France hexagonale.</p> <p>« Lorsque la teneur en sucres ajoutés d’une denrée alimentaire de consommation courante distribuée en France hexagonale diminue, les responsables de la mise sur le marché des denrées similaires de la même marque distribuées dans les collectivités mentionnées au premier alinéa sont autorisés à poursuivre leur commercialisation jusqu’à épuisement des stocks et dans un délai maximal de six mois.</p> <p><b>Amendement AS 1</b></p>

Dispositions en vigueur

Texte de la proposition de loi

Texte de la Commission

« Art. L. 3232-6. – La teneur en sucres ajoutés des denrées alimentaires de consommation courante destinées au consommateur final distribuées dans les collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution ainsi que dans les collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon mais non distribuées en France hexagonale, ne peut être supérieure à la teneur en sucres ajoutés la plus élevée constatée dans les denrées alimentaires assimilables de la même famille distribuées en France hexagonale.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et des outre-mer détermine la liste des denrées alimentaires soumises aux dispositions du premier alinéa.

« Lorsque la teneur en sucres ajoutés d'une denrée alimentaire de consommation courante distribuée en France hexagonale diminue, les responsables de la mise sur le marché des denrées alimentaires assimilables de la même famille distribuées outre-mer soumises aux dispositions du premier alinéa sont autorisés à poursuivre leur commercialisation jusqu'à épuisement des stocks et dans un délai maximal de six mois.

« Art. L. 3232-7. – Les manquements aux dispositions des articles L. 3232-5 et L. 3232-6 sont constatés par les agents mentionnés au 1° du I de l'article L. 215-1 du code de la consommation dans les conditions prévues au livre II de ce même code. »

**Amendement AS 1**

**Article 2**

Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe, après avis du haut conseil de la santé publique, la liste des denrées alimentaires de consommation courante distribuées dans les régions d'outre-mer soumises à une teneur maximale en sucres et les teneurs y afférentes.

**Article 2**

L'article 1<sup>er</sup> entre en vigueur dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi.

**Amendement AS 2**

**Dispositions en vigueur**

---

**Texte de la proposition de loi**

---

**Texte de la Commission**

---

**Article 3**

*Lorsque la mention d'une date indiquant le délai dans lequel une denrée alimentaire doit être consommée est apposée sur l'emballage de cette denrée, ce délai ne peut être plus long, lorsque celle-ci est distribuée dans les collectivités mentionnés à l'article 73 de la Constitution ou dans les collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon, que le délai prévu pour la même denrée de même marque distribuée en France hexagonale.*

**Amendement AS 3**

**Article 4**

*Dans les collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution et dans les collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon, les performances en matière de développement des approvisionnements directs de produits de l'agriculture sont obligatoirement prises en compte pour l'attribution des marchés publics de restauration collective.*

**Amendement AS 4**



## AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION

### **Amendement AS 1 présenté par Mme Hélène Vainqueur-Christophe, rapporteure**

#### *Article 1<sup>er</sup>*

Rédiger ainsi cet article :

« Le chapitre II du titre unique du livre II *bis* de la troisième partie du code de la santé publique est complété par des articles L. 3232-5 à L. 3232-7 ainsi rédigés :

« *Art. L. 3232-5.* – Aucune denrée alimentaire de consommation courante destinée au consommateur final distribuée dans les collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution ainsi que dans les collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon ne peut avoir une teneur en sucres ajoutés supérieure à celle d'une denrée similaire de la même marque distribuée en France hexagonale.

« Lorsque la teneur en sucres ajoutés d'une denrée alimentaire de consommation courante distribuée en France hexagonale diminue, les responsables de la mise sur le marché des denrées similaires de la même marque distribuées dans les collectivités mentionnées au premier alinéa sont autorisés à poursuivre leur commercialisation jusqu'à épuisement des stocks et dans un délai maximal de six mois.

« *Art. L. 3232-6.* La teneur en sucres ajoutés des denrées alimentaires de consommation courante destinées au consommateur final distribuées dans les collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution ainsi que dans les collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon mais non distribuées en France hexagonale, ne peut être supérieure à la teneur en sucres ajoutés la plus élevée constatée dans les denrées alimentaires assimilables de la même famille distribuées en France hexagonale.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et des outre-mer détermine la liste des denrées alimentaires soumises aux dispositions du premier alinéa.

« Lorsque la teneur en sucres ajoutés d'une denrée alimentaire de consommation courante distribuée en France hexagonale diminue, les responsables de la mise sur le marché des denrées alimentaires assimilables de la même famille distribuées outre-mer soumises aux dispositions du premier alinéa sont autorisés à poursuivre leur commercialisation jusqu'à épuisement des stocks et dans un délai maximal de six mois.

« *Art. L. 3232-7.* Les manquements aux dispositions des articles L. 3232-5 et L. 3232-6 sont constatés par les agents mentionnés au 1<sup>o</sup> du I de l'article L. 215-1 du code de la consommation dans les conditions prévues au livre II de ce même code. » ».

### **Amendement AS 2 présenté par Mme Hélène Vainqueur-Christophe, rapporteure et Mme Monique Orphé**

#### *Article 2*

Rédiger ainsi cet article :

« L'article 1<sup>er</sup> entre en vigueur dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi. ».

**Amendement AS 3 présenté par Mme Hélène Vainqueur-Christophe, rapporteure, Mmes Monique Orphé, Gabrielle Louis-Carabin, Ericka Bareigts, Chantal Berthelot, MM. Serge Letchimy, Ibrahim Aboubacar, Ary Chalus, Éric Jalton, Patrick Lebreton, Bruno Nestor-Azerot, Jean-Philippe Nilor, Boinali Said, Jean-Jacques Vlody et Thierry Robert**

*Après l'article 2*

Insérer l'article suivant :

Lorsque la mention d'une date indiquant le délai dans lequel une denrée alimentaire doit être consommée est apposée sur l'emballage de cette denrée, ce délai ne peut être plus long, lorsque celle-ci est distribuée dans les collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution ou dans les collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon, que le délai prévu pour la même denrée de même marque distribuée en France hexagonale.

**Amendement AS 4 présenté par Mme Hélène Vainqueur-Christophe, rapporteure, Mmes Monique Orphé, Gabrielle Louis-Carabin, MM. Serge Letchimy, Ary Chalus, Éric Jalton, Jean-Philippe Nilor et Thierry Robert**

*Après l'article 2*

Insérer l'article suivant :

Dans les collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution et dans les collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon, les performances en matière de développement des approvisionnements directs de produits de l'agriculture sont obligatoirement prises en compte pour l'attribution des marchés publics de restauration collective.

**Amendement AS 5 présenté par Mme Hélène Vainqueur-Christophe, rapporteure**

*Titre*

Rédiger ainsi le titre de la proposition de loi :

« Proposition de loi visant à garantir la qualité de l'offre alimentaire en outre-mer ».

## ANNEXE 1 : DONNÉES STATISTIQUES OUTRE-MER PLAN NATIONAL NUTRITION SANTÉ – PLAN OBÉSITÉ

	Guadeloupe	Guyane	La Réunion	Martinique	Mayotte
<b>Données sociodémographiques</b>					
Population totale (Source INSEE)	403 257 habitants (2011)	225 751 habitants (2011)	833 000 habitants (2010)	398 733 habitants (2009)	156 452 habitants (2007)
Pourcentage d'enfants de moins de 15 ans (Source INSEE)	22,4 % (2011)	34,10 % (2011)	25,6 % (2011)	22,7 % âgées de moins de 20 ans (2011)	44,3 % (2007)
Pourcentage personnes âgées de plus de 65 ans (Source INSEE)	7 % (2011)	2,4 % (2011)	5,10 % (2011)	14,6 % (2011)	4 % (2007)
Indicateurs de précarité	Bénéficiaires du RMI en 2009 : 7,2 % de la population totale (29 068 pers) Aide alimentaire : 250 tonnes distribuées, correspondant à 400 000 repas 2 épiceries solidaires	Bénéficiaires du RMI en 2007 : 5,5 % de la population totale (12 178 pers) 67 221 Bénéficiaires de la CMU : 29,8 % de la population totale % population vivant en dessous du seuil de pauvreté : 26 %	Bénéficiaires du RMI en 2010 : 17,5 % de la population (143 913 pers) Bénéficiaires de la CMU : 32,8 % de la population (269 525 pers) Aide alimentaire (2008 et 2009 respectivement) : 9 et 40 tonnes de denrées livrées sur les 400 tonnes prévues	Bénéficiaires du RMI en 2008 : 7,4 % de la population totale (29 500 pers) Bénéficiaires CMUC en 2009 : 28,7 % Bénéficiaires de l'aide alimentaire : 45 000 (2008) et 48 000 (2009), représentant environ 8 000 familles Ménages sous le seuil de pauvreté : 12 %	PIB brut 3 960 euros/habitant en 2001 (cinq fois inférieur à celui de la métropole mais neuf fois supérieur à celui de l'Union des Comores)
Taux d'illettrisme		Enquête en cours par INSEE	8,3 % d'analphabètes	15 % des 15 à 65 ans maîtrisent très difficilement l'écrit	
Taux de chômage	29 % en 2008	21 % en 2010	32,9 % en 2008	28,9 % en 2010	26,4 % en 2007

		<b>Guadeloupe</b>		<b>Guyane</b>		<b>La Réunion</b>		<b>Martinique</b>		<b>Mayotte</b>	
<b>Données sur les productions alimentaires locales</b>											
Filière Fruits et légumes		Sous-exploitée notamment par manque d'organisation		Dominante (81 % de la production végétale) ; autosuffisance en fruits et légumes (couverture d'environ 80 % par la production locale – ODEADOM) ; forte concurrence par des importations illégales provenant du Surinam		1/3 de la production agricole locale (satisfait à 80 % des besoins locaux)		En cours de structuration, faible couverture de la demande locale			
Filière animale (viande et produits transformés)		10 à 62 % de couverture ; viande bovine 13 % ; viande de porc : 95 % de la consommation de viande fraîche		De 6 à 50 % de couverture des besoins (6 % : filière avicole ; 50 % : viande de porc fraîche) Fort potentiel de développement des zones de pâturage pour de l'élevage extensif ou semi-extensif Fort concurrence de la viande d'importation		30 % de couverture ; en moyenne viande 39 % et œufs 100 %		25 % de couverture ; en moyenne viande bovine 13 % ; viande de porc : 95 % de la consommation de viande fraîche			
Secteur agroalimentaire		Quelques unités de transformation de fruits et légumes		Peu développé : 1 abattoir et 1 transformateur industriel regroupant 2 unités		87 entreprises		4 principales industries agroalimentaires dont 2 sur les boissons sucrées (jus, soda, bière), 1 sur la charcuterie et 1 sur les produits laitiers. Au total, environ 200 entreprises agroalimentaires pour la majorité des PME			

Données sur l'état nutritionnel		Guyane	La Réunion	Martinique	Mayotte
Surpoids	Hommes 37 % ( <i>Étude Consant, 2007</i> ) (24 %, <i>Étude Calbas, 2005</i> ) Femmes 34 % ( <i>Étude Consant, 2007</i> ) (34 %, <i>Étude Calbas, 2005</i> ) Enfant 25 % (27 % chez les 16-29 ans à 50 % à partir de 40 ans)	Étude de consommation en cours dans le cadre de la déclinaison Outre-mer du PNNS PO	Hommes 40 % vs femmes 33 % ( <i>source : État de santé de la population à la réunion. ORS 2008</i> ) Enfants scolarisés en 3 <sup>ème</sup> (2003-2004) : 15,3 % ; Enfants scolarisés en CM2 (2004-2005) : 17,5 % ( <i>Source : cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire, DREES 2006</i> )	Adultes : 33,1 % et enfants de 5 à 14 ans 15,9 % ( <i>Source : ESCAL 2003-2004</i> )	Adultes (15 ans et plus) : 25 % (hommes), 26 % (femmes) ; Enfants (2-17 ans) : 4 % (2-4 ans), 7 % (5-14 ans) ( <i>Source : Nutrimay 2006</i> )
Obésité (maigreux, insuffisance pondérale pour Mayotte)	Hommes 14 % ( <i>Étude Consant, 2007</i> ) (10 %, <i>Étude Calbas, 2005</i> ) Femmes 31 % ( <i>Étude Consant, 2007</i> ) (34 %, <i>Étude Calbas, 2005</i> ) Enfant 7 % (L'obésité dans une population d'enfants et adolescents en Guadeloupe, 2001-2002)	Étude de consommation en cours dans le cadre de la déclinaison Outre-mer du PNNS PO	Adulte 15 % (Prévalences de l'obésité augmentent avec l'âge, de 14 % chez les 30-39 ans à 20 % chez les 40-49 ans jusqu'à 27 % chez les 50-59 ans et infléchissement de cette tendance à partir de 65 ans chez les hommes comme chez les femmes) Enfants scolarisés en classe de 3 <sup>ème</sup> (2003-2004) : 5,4 % ; Enfants scolarisés en classe de CM2 (2004-2005) : 8,7 % <i>Source : « La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005 à La Réunion » Infos Réunion Études et statistiques de la DRASS N° 10 janvier 2009</i>	Environ 20,1 % des adultes dont femmes 25,7 % 7,9 % chez les enfants de 5 à 14 ans versus 3,5 % dans la France entière (indicateur de référence IMC supérieur ou égal à 30) ( <i>Source : ESCAL 2003-2004</i> ) 36,6 % des femmes enceintes présentaient une obésité avant la grossesse, et près 8,8 % avait eu une prise de poids excessive pendant sa grossesse (au moins 20 kg). ( <i>Enquête périnatale 2003</i> )	Adultes (15 ans et plus) : 8 % (hommes), 32 % (femmes) *Enfants (2-17 ans) : 0,4 % (2-4 ans), 1,4 % (5-14 ans) Maigreux : Enfants (0-4 ans) en situation de maigreux modérée à sévère : 8 % (pour les enfants de moins de 1 an), 7 % (1-4 ans) Insuffisance pondérale : Enfants (0-4 ans) en situation d'insuffisance pondérale modérée à sévère : 2 % (< 1 an), 13 % (1-4 ans) Retard de croissance staturale : Enfants (0-4 ans) en situation de retard de croissance modéré à sévère : 2 % (< 1 an), 8 % (1-4 ans)

	<b>Guadeloupe</b>	<b>Guyane</b>	<b>La Réunion</b>	<b>Martinique</b>	<b>Mayotte</b>
Diabète	Adultes 25 et 74 ans : 10 % ( <i>Étude Consant 2007</i> )	3885 patients diabétiques en 2007, nombre qui a plus que doublé en 3 ans (2467 diabétiques en 2004) ( <i>Source CGSS Guyane, site INSEE</i> )	Adultes de 30-69 ans : 17,7 % <i>Source : Étude Rédia (Réunion-Diabète) 1999-2001</i>	En 2008 la prévalence pour 100 000 habitants des affections longue durée (ALD) pour diabète était 1,6 fois plus élevée en Martinique (4 023) qu'en France métropolitaine (2 522). La progression est également plus rapide, avec une incidence en Martinique 1.4 fois plus élevée qu'en métropole. <i>Source IRDES.</i>	Adultes entre 30 et 69 ans : 10,5 % ( <i>Source : étude Maydia, 2008</i> )
HTA	Adultes (25-74 ans) présentant une hypertension artérielle (tension artérielle élevée (PAS $\geq$ 140 mm Hg et/ou PAD $\geq$ 90 mm Hg) et/ou prise d'un traitement médicamenteux hypotenseur) : 37,3 % (femmes) ( <i>Source : Résultats publiés des Journées d'appel et préparation à la défense pour 2009</i> )		Adultes (18 ans et plus) présentant une hypertension artérielle (tension artérielle élevée (PAS $\geq$ 140 mm Hg et/ou PAD $\geq$ 90 mm Hg) et/ou prise d'un traitement médicamenteux hypotenseur) : 15 % ( <i>Source : Étude Reconal 1999</i> )	Prévalence HTA : 18,9 % chez les femmes et 19,5 % chez les hommes ( <i>Source : étude INHAPAG, 2001</i> ) 73,0 % des hypertendus étaient en surcharge pondérale, versus 47,4 % pour les sujets ne présentant pas d'HTA ( $p<0.001$ ). ( <i>Source Enquête ESCAL</i> ) Chez 69 % des patients, HTA premier facteur de risque cardio-vasculaire	Adultes (15 ans et plus) présentant une hypertension artérielle (tension artérielle élevée (PAS $\geq$ 140 mm Hg et/ou PAD $\geq$ 90 mm Hg) et/ou prise d'un traitement médicamenteux hypotenseur) : 24 % (hommes), 25 % (femmes)
<b>Données sur la consommation alimentaire et activité physique/ sédentarité</b>					
Apports alimentaires selon les repères PNNS	Près d'un tiers des Sud-Basse terriens déclarent manger 5 fruits et légumes par jour ; 27 % consomment trois produits laitiers par jour avec une proportion plus importante	Étude de consommation en cours dans le cadre de la déclinaison Outre-mer du PNNS PO	77 % de la population consomment des fruits et légumes régulièrement ; 1 % de la population atteint le repère du PNNS ; 91 % sont des petits consommateurs (2 fruits et	Fruits et légumes : 16 ans et plus consommant l'équivalent d'au moins 5 portions par jour ( $\geq$ 400 g) : 24,6% (hommes), 19,2% (femmes), 21,6% (ensemble). Pains, céréales,	Fruits et légumes : Proportion de sujets consommant l'équivalent d'au moins 5 portions par jour ( $\geq$ 400 g) : 8,8 % (garçons), 7,7 % (filles), 8,4 % (ensemble) ;

	<b>Guadeloupe</b>	<b>Guyane</b>	<b>La Réunion</b>	<b>Martinique</b>	<b>Mayotte</b>
	<p>chez les moins de 16 ans (38 %) ; 88 % consomment une à deux fois par jour de viandes/ volailles/ produits de la pêche dont une consommation de produits de la pêche 2 fois par semaine qui augmente avec l'âge (59 % chez les moins de 30 ans et 80 % chez les plus de 50 ans) ; forte consommation de produits et boissons sucrées chez les jeunes (trois jeunes de moins de 30 ans sur cinq boivent tous les jours des boissons sucrées et plus d'une enfant sur deux mangent tous les jours un produit sucré) ; dans la classe d'âge des 16-29 ans, près d'un adulte sur deux consomme au moins une fois par semaine des produits issus de la restauration rapide ou voitures ambulantes</p> <p>(Source Enquête CALBAS, 2005)</p>		<p>légumes par jour maximum (Source : Étude de la santé de la population, 2008)</p>	<p>hommes de terre et légumes secs : 16 ans et plus consommant l'équivalent de [3-6] portions par jour : 56,8 % (hommes), 35,4 % (femmes), 45,2 % (ensemble). Lait et produits laitiers : 16 ans et plus consommant l'équivalent de [2,5-3,5] portions ([2,5-4,5] si 5-17 ans et ≥55 ans) par jour : 15,0 % (hommes), 13,5 % (femmes), 14,2 % (ensemble). Viandes, volailles, produits de la pêche et œufs : 16 ans et plus consommant l'équivalent de [1-2] portions par jour : 34,0 % (hommes), 43,2 % (femmes), 38,9 % (ensemble). Produits de la pêche par semaine : 16 ans et plus consommant l'équivalent d'au moins 2 portions 62,3 % (hommes), 65,1 % (femmes), 63,8 % (ensemble). Matières grasses ajoutées : 16 ans et plus consommant moins de 16 % de l'apport énergétique sans alcool en matières grasses ajoutées : 81,6 % (hommes), 80,0 % (femmes), 80,0 % (ensemble)</p> <p>Produits sucrés : 16 ans et</p>	<p>plus de 15 ans : 21,4 % (hommes), 15,3 % (femmes), 18,0 % (ensemble). Pains, céréales, pommes de terre et légumes secs : Proportion de sujets consommant l'équivalent de [3-6] portions par jour : 5-14 ans : 52,9 % (garçons), 40,4 % (filles), 48,5 % (ensemble) ; plus de 15 ans : 56,0 % (hommes), 47,7 % (femmes), 51,4 % (ensemble). Lait et produits laitiers : Proportion de sujets consommant l'équivalent de [2,5-3,5] portions ([2,5-4,5] si 5-17 ans et ≥55 ans) par jour : 5-14 ans : 2,1 % (garçons), 6,0 % (filles), 3,5 % (ensemble) ; plus de 15 ans : 0,6 % (hommes), 2,7 % (femmes), 1,8 % (ensemble) Viandes, volailles, produits de la pêche et œufs : Proportions de sujets consommant l'équivalent de [1-2] portions par jour : 5-14 ans : 40,6 % (garçons), 38,8 % (filles), 40,0 % (ensemble) ; plus de 15 ans : 39,5 % (hommes), 35,8 % (femmes), 37,4 % (ensemble) ; proportion de sujets consommant l'équivalent d'au moins 2</p>

	<b>Guadeloupe</b>	<b>Guyane</b>	<b>La Réunion</b>	<b>Martinique</b>	<b>Mayotte</b>
				<p>plus consommant moins de 12,5 % de l'AESA en glucides simples issus des produits sucrés : 71,3 % (hommes), 73,8 % (femmes), 72,6 % (adultes). Boissons : dont les boissons sucrées et les boissons alcoolisées : 16 ans et plus consommant plus d'un litre de boissons non sucrées et moins de 250 ml de boissons sucrées (125 ml pour les enfants) : 54,5 % (hommes), 58,2 % (femmes), 56,5 % (ensemble). Proportion de femmes de 16 ans et plus consommant moins de 20 g d'alcool par jour et d'hommes de 16 ans et plus consommant moins de 30 g d'alcool par jour chez ceux qui en consomment : 94,6 % (hommes et femmes). Sel : Apports moyens journaliers en sel (g/j) chez les sujets de 16 ans et plus : 7,3 (hommes), 5,0 (femmes), 6,1 (ensemble). (Source : <i>étude Escal 2003-2004</i>)</p>	<p>portions de produits de la pêche par semaine : 5-14 ans : 39,6 % (garçons), 37,9 % (filles), 38,0 % (ensemble) ; plus de 15 ans : 69,3 % (hommes), 70,8 % (femmes), 70,1 % (ensemble). Matières grasses ajoutées : Proportion de sujets consommant moins de 16 % de l'apport énergétique sans alcool en matières grasses ajoutées : 5-14 ans : 62,2 % (garçons), 72,9 % (filles), 65,9 % (ensemble) ; plus de 15 ans : 77,5 % (hommes), 72,1 % (femmes), 74,5 % (ensemble). Proportion de sujets consommant plus de matières grasses ajoutées d'origine végétale qu'animale : 5-14 ans : 84,4 % (garçons), 70,0 % (filles), 79,3 % (ensemble) ; plus de 15 ans : 84,4 % (hommes), 81,7 % (femmes), 82,9 % (ensemble). Produits sucrés : Proportion de sujets consommant moins de 12,5 % de l'AESA en glucides simples issus des produits sucrés : 5-14 ans : 87,8 % (garçons), 84,2 % (filles), 86,6 % (ensemble) ; plus de 15 ans : 89,5 %</p>

	<b>Guadeloupe</b>	<b>Guyane</b>	<b>La Réunion</b>	<b>Martinique</b>	<b>Mayotte</b>
Activité physique - sédentarité	Données relatives à l'activité physique : 58,7 % de la population pratiquent une activité physique modérée ou élevée au moins 30 minutes par jour, 5 fois par semaine dont 30,3 % une activité physique élevée ; 44,8 % de la population pratiquent une activité sportive régulière et 18,6 % des pratiquants ont une licence sportive ; 32,7 % des enfants de 6 à	Étude de consommation en cours dans le cadre de la déclinaison Outre-mer du PNNS PO	75 % de la population n'atteignent pas le repère du PNNS ; 9 % pratiquent une activité physique pendant 3 à 4 heures par semaine ; 31 % ne font jamais ou rarement d'activité physique. <i>(Étude de santé de la population à la Réunion, 2008)</i>	58,7 % de la population pratiquent une activité physique modérée ou élevée au moins 30 minutes par jour, 5 fois par semaine dont 30,3 % une activité physique élevée ; 44,8 % de la population pratiquent une activité sportive régulière et 18,6 % des pratiquants ont une licence sportive ; 32,7 % des enfants de 6 à 14 ans vont à l'école à pied ou à vélo ; 49,5 % des enfants	(hommes), 90,5 % (femmes), 90,0 % (adultes). Boissons : dont les boissons sucrées et les boissons alcoolisées Proportion de sujets consommant plus d'un litre de boissons non sucrées et moins de 250 ml de boissons sucrées (125 ml pour les enfants) : 5-14 ans : 4,0 % (garçons), 4,8 % (filles), 4,3 % (ensemble) ; plus de 15 ans : 29,7 % (hommes), 25,5 % (femmes), 27,3 % (ensemble). Sel : Apports moyens journaliers en sel (g/j) : 5-14 ans : 3,3 (ensemble) ; plus de 15 ans : 4,6 (hommes), 3,4 (femmes), 3,9 (ensemble) <i>(Source : étude NutriMay, 2006)</i>

Données relatives à l'activité physique : niveau d'activité physique élevé chez les hommes (67 % des hommes avaient un niveau d'activité physique conforme aux recommandations), et particulièrement bas chez les femmes. Près de six habitants de Mayotte sur dix avaient un niveau d'activité physique inférieur aux recommandations du PNNS. Reflet des évolutions

	<b>Guadeloupe</b>	<b>Guyane</b>	<b>La Réunion</b>	<b>Martinique</b>	<b>Mayotte</b>
	<p>14 ans vont à l'école à pied ou à vélo ; 49,5 % des enfants pratiquent une activité sportive pendant leur temps libre (<i>Enquête APHYGLUAD adultes et enfants, 2009 et 2010</i>)</p>			<p>pratiquent une activité sportive pendant leur temps libre</p>	<p>en cours dans l'île, le temps passé devant un écran de télévision ou d'ordinateur était plus élevé parmi les femmes jeunes que parmi les plus âgées.</p> <p>Temps quotidien moyen passé devant un écran (ordinateur ou télévision), hors activité professionnelle chez les adultes de 15 ans et plus : 61,9 min/j (hommes), 56,2 min/j (femmes), 58,8 min/j (ensemble).</p> <p>Temps quotidien moyen passé devant un écran (ordinateur ou télévision), hors activités professionnelles (%) chez les adultes de 15 ans et plus : plus de 60 minutes : 64,5 % (hommes), 62,9 % (femmes), 63,7 % (ensemble) ; plus de 60 minutes : 35,5 % (hommes), 37,1 % (femmes), 36,3 % (ensemble)</p>

Tableau établi par la Direction générale de la santé, mis à jour en février 2013.

## ANNEXE 2 : TAUX DE SUCRES ET PROFIL DES SUCRES DE BOISSONS DE TYPE SODAS ET DE PRODUITS LAITIERS FRAIS PRÉLEVÉS DANS LES OUTRE-MER

(Source : « Taux de sucres et profil des sucres de boissons de type sodas et de produits laitiers frais prélevés dans les outre-mer », étude des régions Guadeloupe et Martinique et du Pôle agroalimentaire de Martinique, analyse du laboratoire Eurofins, décembre 2011)

### 1. Boissons type sodas

#### *a) Comparaison entre références outre-mer et Hexagone sur des boissons référencées au niveau national*

##### *Teneur en sucres totaux de boissons référencées au niveau national*

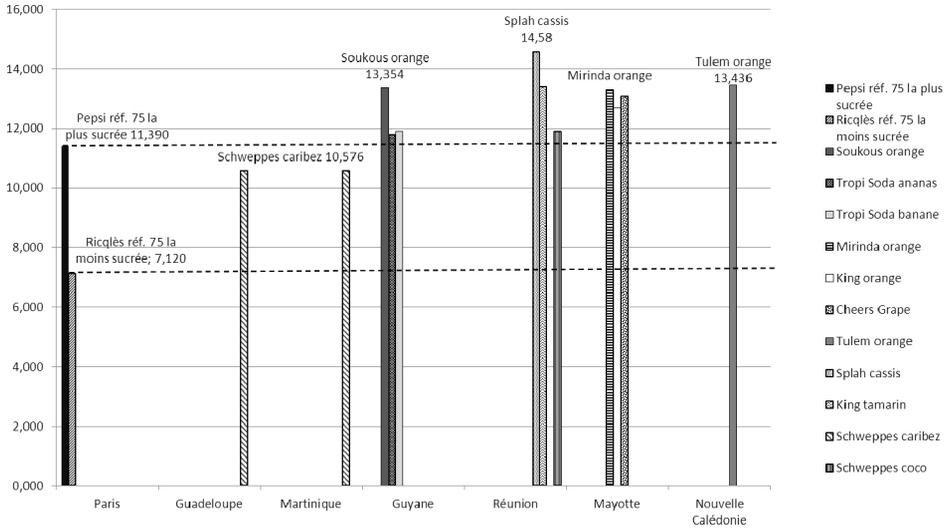
*(en g/100 ml)*

Origine	Pepsi	Coca-Cola	Orangina	Fanta	Schweppes Indian- Tonic	Sprite	Ricqlès
Paris	11,390	10,898	10,360	9,446	8,920	8,250	7,120
Guadeloupe		11,122	11,908	13,604	9,497		
Martinique		11,041	11,895	13,700	9,282		
Guyane		11,252	10,603	14,036	8,814		
Réunion		11,100	10,100	13,900	9,390		
Mayotte	11,501	11,084		13,423	8,814	10,438	7,068
Nouvelle-Calédonie		11,189	10,915	12,720	8,993	10,827	



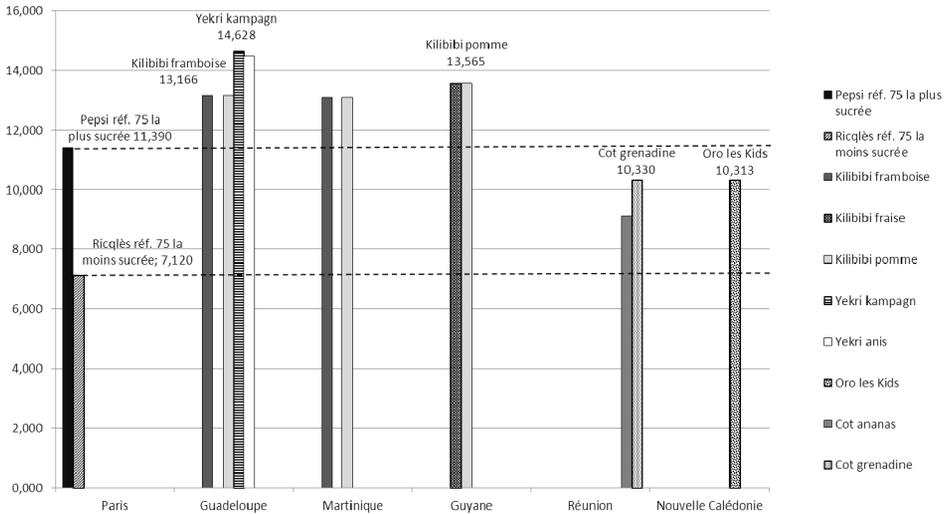
**Teneur en sucres des sodas locaux aromatisés aux fruits par rapport aux sodas prélevés dans l'Hexagone**

(en g/100 ml)



**Teneur en sucres des sodas locaux aromatisés aux fruits par rapport aux sodas prélevés dans l'Hexagone**

(en g/100 ml)



## 2. Produits laitiers frais

### *Comparaison entre références Martinique et références Hexagone*

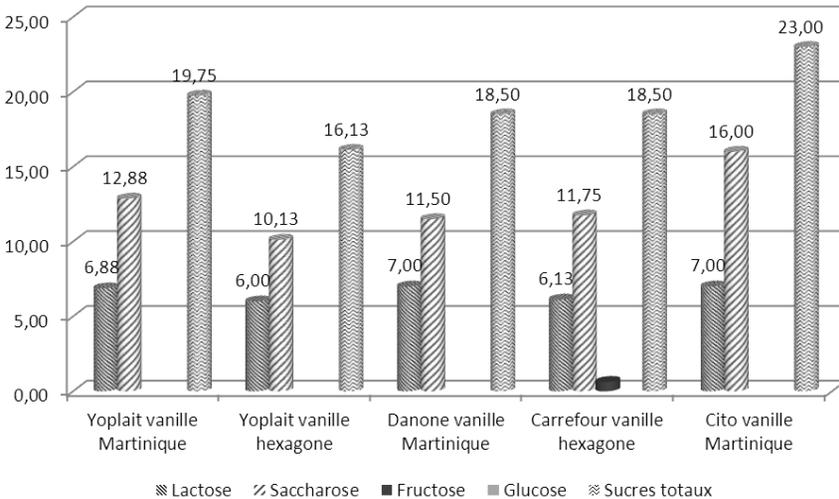
#### *a) Taux de sucres, profil sucres et valeur énergétique sur yaourts aromatisés à la vanille*

(en g/100 g)

Yaourts aromatisés à la vanille	Sucres totaux	Écart taux de sucre avec réf. hexagone	Lactose	Saccharose	Fructose	Glucose	Maltose	VE (kcal/100g)
Yoplait vanille Martinique	15,8	+ 22,48%	5,5	10,3	<0,3	<0,3	<0,3	104,2
Yoplait vanille Hexagone	12,9		4,8	8,1	<0,3	<0,3	<0,3	76,0
Danone vanille Martinique	14,8	0,00%	5,6	9,2	<0,3	<0,3	<0,3	96,9
Carrefour vanille Hexagone	14,3		4,9	9,4	0,5	<0,3	<0,3	97,0
Cito Vanille Martinique	18,4	+ 32,85%*	5,6	12,8	<0,3	<0,3	<0,3	128,5

\* : Écart mesuré par rapport à la moyenne des teneurs mesurées pour les deux références Hexagone.

#### *Profil des sucres dans un pot de 125 g de yaourts aromatisés à la vanille*



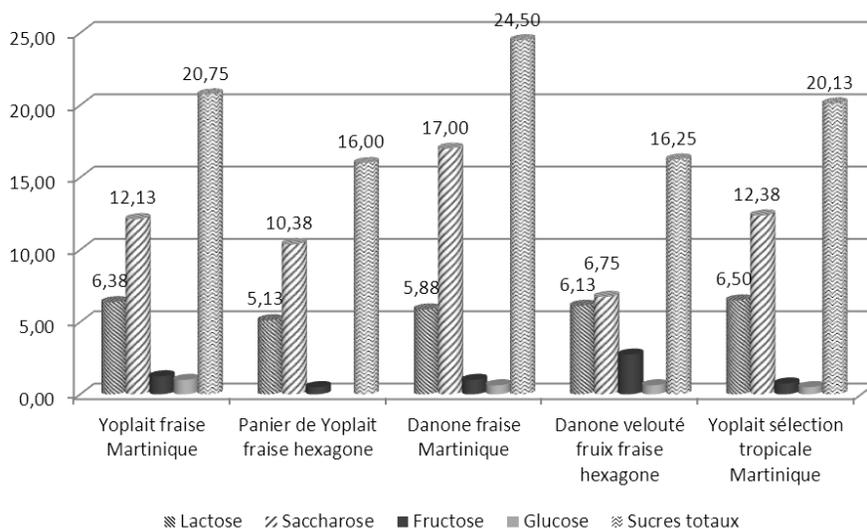
**b) Taux de sucres, profil sucres et valeur énergétique sur yaourts aux fruits**

(en g/100 g)

Yaourts aromatisés à la vanille	Sucres totaux	Écart taux de sucre avec réf. hexagone	Lactose	Saccharose	Fructose	Glucose	Maltose	VE (kcal/100g)
Yoplait Fraise Martinique	16,6	+ 29,69%	5,1	9,7	1	0,8	<0,3	108,8
Panier de Yoplait Fraise Hexagone	12,8		4,1	8,3	0,4	<0,3	<0,3	96
Danone Fraise Martinique	19,6	+ 50,77%	4,7	13,6	0,8	0,5	<0,3	104,6
Danone Velouté fruit, fraise Hexagone	13		4,9	5,4	2,2	0,5	<0,3	94
Yoplait sélection tropicale Martinique	16,1	+ 24,81% *	5,2	9,9	0,6	0,4	<0,3	114,2

\* : Écart mesuré par rapport à la moyenne des teneurs mesurées pour les deux références Hexagone.

**Profil des sucres dans un pot de 125 g de yaourts aux fruits**



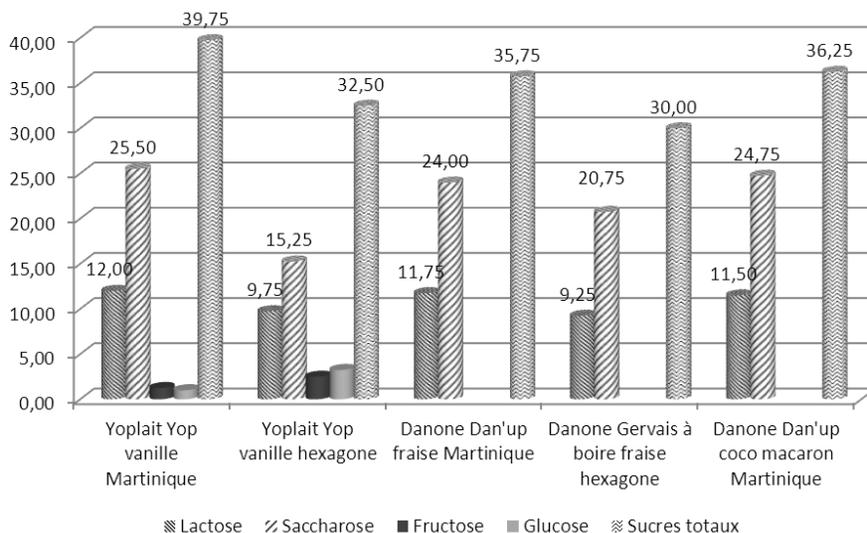
**c) Taux de sucres, profil sucres et valeur énergétique sur yaourts à boire**

(en g/100 g)

Yaourts aromatisés à la vanille	Sucres totaux	Écart taux de sucre avec réf. hexagone	Lactose	Saccharose	Fructose	Glucose	Maltose	VE (kcal/100g)
Yoplait Yop Vanille Martinique	15,9	+ 22,31%	4,8	10,2	0,5	0,4	<0,3	101,0
Yoplait Yop vanille Hexagone	13		3,9	6,1	1	1,3	0,7	78
Danone Dan'up Fraise Martinique	14,3	+ 19,17%	4,7	9,6	<0,3	<0,3	<0,3	90,2
Danone Gervais à boire fraise Hexagone	12		3,7	8,3	<0,3	<0,3	<0,3	78
Danone Dan'up coco macaron Martinique	14,5	+ 16,00% *	4,6	9,9	<0,3	<0,3	<0,3	93,4

\* : Écart mesuré par rapport à la moyenne des teneurs mesurées pour les deux références Hexagone.

**Profil des sucres dans une bouteille de 250 g de yaourts à boire**



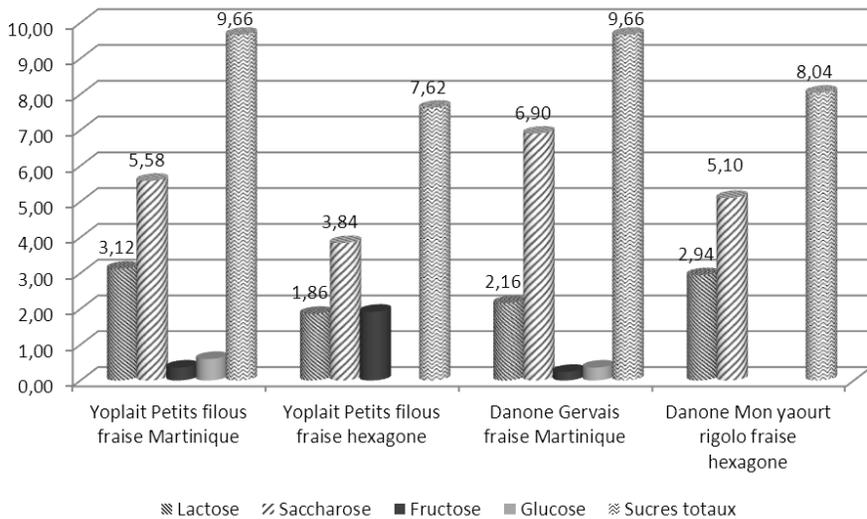
**d) Taux de sucres, profil sucres et valeur énergétique sur yaourts fraise pour enfants**

(en g/100 g)

Yaourts aromatisés à la vanille	Sucres totaux	Écart taux de sucre avec réf. hexagone	Lactose	Saccharose	Fructose	Glucose	Maltose	VE (kcal/100g)
YOPLAIT Petits filous fraise Martinique	16,1	+ 26,77%	5,2	9,3	0,6	1	<0,3	127,7
YOPLAIT Petits filous fraise Hexagone	12,7		3,1	6,4	3,2	<0,3	<0,3	105
DANONE Gervais fraise Martinique	16,1	+ 20,15%	3,6	11,5	0,4	0,6	<0,3	138,7
DANONE Mon yaourt rigolo fraise Hexagone	13,4		4,9	8,5	<0,3	<0,3	<0,3	80
YOPLAIT Petits filous fraise Martinique	16,1	+ 26,77%	5,2	9,3	0,6	1	<0,3	127,7

\* : Écart mesuré par rapport à la moyenne des teneurs mesurées pour les deux références Hexagone.

**Profil des sucres dans un pot de 60 g de yaourts fraise pour enfants**





### ANNEXE 3 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

*(par ordre chronologique)*

- **Professeur Arnaud Basdevant**, chef du service de nutrition à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière, professeur de nutrition à l'Université de Paris IV et président du plan obésité
- **Direction générale de l'alimentation (DGAL)** – M. Paul Mennecier, chef du service de l'alimentation, Mme Sophie Palin, adjointe au sous-directeur de la politique de l'alimentation, et Mme Gwénaëlle Bizet, chargée du dossier « amélioration de l'offre alimentaire et réglementation alimentaire »
- **Institut national de la consommation** – M. Christian de Thuin, chef du centre d'essais comparatifs, et Mme Anne-Laure Bequet, ingénieure responsable de l'agro-alimentaire
- **Haut Conseil de la santé publique** – Professeur François Bourdillon, président de la commission prévention
- **Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)** – Mme Solène Chardigny, chef de cabinet du directeur général, et Mme Irène Margaritis, chef de l'unité « évaluation des risques liés à la nutrition »
- **Observatoire de la qualité de l'alimentation (OQALI)** – M. Jean-Luc Volatier, adjoint au directeur de l'évaluation des risques, méthodologie et observatoires de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)
- **Association nationale des industries alimentaires (ANIA)** – Mme Cécile Rauzy, directeur qualité et nutrition, et Mme Elsa Chantereau, directeur de la communication et des relations institutionnelles
- **Société nouvelle des établissements modernes de boissons gazeuses (SNEMBG)** – M. Olivier Desbords, responsable développement du groupe Antilles Glaces
- **Syndifrais** – Mme Isabelle Gilles, déléguée générale, M. Bernard Boullanger, directeur général de Solam, M. Jean-Claude de Reynal, directeur adjoint de Socrema, et M. Francis Touin, président de Sapy
- **Fédération des entreprises d'outre-mer (FEDOM)** – Mme Samia Badat-Karam, directrice des affaires publiques
- **Groupe Sill** – M. Xavier Macé, directeur du site de la laiterie de Saint-Malo

- **Direction générale de la santé, sous-direction de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation** – Mme Arila Pochet, cheffe du bureau « alimentation et nutrition », et Mme Landy Razanamahefa, chargée de projet
- **Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF)** – M. Claude Bertrand, chef du bureau « nutrition et infirmation sur les denrées alimentaires »
- **Professeur Serge Hercberg**, professeur de nutrition à la faculté de médecine de Paris XIII, directeur de recherche à l'INSERM, président du plan national nutrition santé
- **Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)** – Mme Jocelyne Boudot, adjointe à la directrice générale et Docteur Pierre Arwidson, directeur des affaires scientifiques