

Gastronomie et nutrition : la cuisine, auxiliaire de santé

Témoignage d'un grand chef cuisinier adepte d'une cuisine française alliant gastronomie et diététique.

Je suis, comme vous le savez peut-être, cuisinier de mon état depuis quelques décennies déjà.

J'avais 6 ans lorsque fut déclarée la Seconde Guerre mondiale et 11 ans lorsqu'eut lieu le débarquement des Alliés en Normandie, où je vivais alors.

Par un étrange jeu du sort, j'aurai, en l'espace de quelques courtes années, connu simultanément les affres de la faim et l'épilogue d'une diète forcée, suivie de près par un début de mondialisation alimentaire à grands coups de barres chocolatées, de Coca-Cola et de hamburgers.

Une alimentation qualifiée, plus tard, d'hérétique par certains nutritionnistes.

Je ne sais, encore à ce jour, si ma vocation de cuisinier a puisé ses origines dans cette désolante frustration alimentaire. Ce que je me rappelle, en revanche, c'est l'habile manière dont ma grand-mère usait pour gouverner cette crise, instillant en nous, avec presque deux fois rien, cette notion de gourmandise qui éloigne, astucieusement, la sensation de rationnement au profit d'émotions de palais délicieuses, ponctuées d'interrogations et de curiosité.

Ainsi, le sentiment de gourmandise change-t-il complètement la donne dans le processus de faim ou de restriction.

J'en fis, dès 1975, le constat dans notre station thermale d'Eugénie-les-Bains, lorsque je me pris d'intérêt pour les régimes alimentaires contre lesquels se rebiffent souvent ceux qui en font l'objet.

Il est vrai que pour le Français qui entretient avec son alimentation des rapports de vieux couple, manger est l'une des manières les

plus immédiates de se faire plaisir, ce plaisir de table considéré par lui comme un bien social, acquis et irréversible.

Il ne veut pas avoir à choisir entre la santé et le plaisir, il veut les deux à la fois. En conséquence, qu'elle soit classique ou nouvelle, moléculaire ou de fusion, de terroir ou de bistrot, de palace ou plus simplement hospitalière, la ligne de force de la cuisine est le goût et son corollaire immédiat le plaisir. Transgresser ce manifeste, c'est condamner à l'échec toute forme d'alimentation, *a fortiori* celle liée à la santé.

Pour autant, ce mariage de raison, alimentation-santé-plaisir, prisonnier de ses mauvaises habitudes et de son impuissance chronique, n'est jamais parvenu à résoudre ses paradoxes.

Un vieux fantasme, mis en exergue, dès 1789, dans la préface d'un livre surprenant, « La cuisine de santé » par un certain Jordan Le Cointe, docteur en médecine de son état et grand amateur de cuisine.

« Parmi le nombre des causes multipliées qui concourent à détruire la santé des hommes, la plus générale et la plus fertile à engendrer toutes les maladies humaines, c'est la mauvaise qualité de nos aliments, occasionnée par la méthode pernicieuse de les préparer, et c'est pourtant la seule à laquelle on n'a point encore cherché à remédier ».

Tenter aujourd'hui de résoudre enfin cette délicate équation c'est, en même temps qu'introduire une nouvelle philosophie alimentaire nationale, apporter un message d'espoir aux économistes de la santé, impuissants et inquiets devant l'inexorable montée en puissance de certaines maladies chroniques,

Michel Guérard

Cuisinier, chef et directeur du restaurant Les Prés d'Eugénie à Eugénie-les-Bains



liées à l'alimentation, en particulier l'obésité, le diabète, les pathologies cardiovasculaires et qui, à elles seules, ont coûté en 2011 la somme vertigineuse de 30 milliards d'euros de remboursements de frais médicaux ! Impuables, en partie, à l'offre de soins de notre système de santé, à vocation essentiellement curative et non préventive.

Certes, il ne s'agit pas de laisser croire que la diététique pourrait être l'arme absolue pour combattre tous les maux de notre civilisation occidentale, ni d'ignorer que l'abondance alimentaire dans laquelle nous vivons n'explique pas tous les phénomènes du syndrome métabolique pouvant être lié, par ailleurs, à des situations sociales relevant d'éléments d'ordre psychologique, sociétal ou économique.

Mais il ne s'agit pas non plus de laisser entendre que ce serait là une fatalité échappant à tous remèdes.

Pour des raisons tant éthiques et hygiéniques que financières, il est urgent, désormais, de refonder les bases d'une nouvelle alimentation à la « française », en les conjuguant à la pratique régulière d'une éducation thérapeutique appropriée, pour traiter lesdites maladies chroniques au coût élevé dans la durée. Nous avons déjà eu, pour notre part et à titre expérimental, l'occasion de mesurer les bienfaits de cette application combinée, dans le cadre d'une étude pilote menée à Eugénie-les-Bains, sous l'égide de l'Université Victor-Segalen de Bordeaux II et de l'AFRETh¹ et qui démontre l'amélioration significative (70 %) du syndrome métabolique à un an, prenant en compte, dans l'esprit de la diététique d'Hippocrate, alimentation-santé-plaisir, soins thermaux et activités physiques.

Alors comment, aujourd'hui, étendre cette expérimentation, en conciliant l'héritage précieux de la cuisine française et les enjeux de santé publique dans toutes leurs dimensions préventives et curatives ?

Comment remodeler et infléchir des décennies de mauvaises habitudes alimentaires et réformer durablement nos modes de vie ? Au point focal de ces interrogations, trois protagonistes majeurs : le politique, le scientifique, le cuisinier.

– Le politique avisé, prenant la pertinente décision de mettre en place, en milieu scolaire, lieu idéal de réduction des inégalités sociales de santé, une action éducative, et donc préventive, liée à l'alimentation, s'efforçant

aussi de réunir, dans un projet commun, les ministères concernés par cette entreprise, ceux de l'Éducation nationale, de la Santé et de l'Alimentation. Apprendre aux enfants à manger en même temps qu'à parler, écrire et compter relève, en effet, du simple bon sens...

– Le scientifique : la science alimentaire s'enrichit chaque jour de nouvelles données issues d'une importante recherche multifactorielle, et qui n'attend qu'un relais pratique et pragmatique pour trouver sa justification.

– Le cuisinier dont le métier est (ou devrait être) d'assurer le perfectionnement de l'alimentation tant sur le plan organoleptique que sanitaire.

Proposer une formation à une cuisine de santé

C'est dans cet esprit-là – et le ministère de la Santé nous a déjà officiellement manifesté tout l'intérêt qu'il portait à cette expérimentation –, que nous venons d'ouvrir, à Eugénie-les-Bains, notre École de cuisine de santé², une première mondiale, qui fonctionne dans le cadre de la formation professionnelle continue.

Notre école, l'Institut Michel Guérard[®], dispense, en effet, dans cette perspective, un enseignement et un savoir-faire uniques, qui permettent, dans le cadre de la formation continue, aux élèves cuisiniers-professionnels d'acquérir de nouvelles pratiques culinaires, d'ordre sanitaire, où le plaisir reste un élément majeur de recherche.

Parallèlement, leur sont dispensés des cours de nutrition et de diététique, dont les éléments théoriques sont issus du Livre Blanc, rédigé par un comité de pilotage, dont les membres illustres ont été choisis par le ministère lui-même, et qui traite, en particulier, de problèmes de santé prioritaires : obésité, diabète, maladies cardiovasculaires et troubles de l'alimentation liés au cancer et au vieillissement.

Plusieurs facultés de médecine nous ont également déjà fait savoir leur intérêt à s'impliquer, en relais, pour mettre en place un diplôme interuniversitaire, axé sur la pédagogie de l'alimentation et de la cuisine et destiné aux professionnels de santé.

C'est bien une nouvelle page de l'histoire de la cuisine française qui est en train de s'écrire, plus audacieuse, plus novatrice encore que les précédentes, et pour l'accomplissement de laquelle je souhaiterais convier les industries du fast-food et de l'agro-alimentaire, au demeurant parfaitement professionnelles et responsables, à une réflexion concertée sur la mise en place de nouvelles produc-

tions culinaires-santé, en série, au service de la collectivité, ainsi qu'à l'élaboration d'un marketing adapté qui tiendrait compte de l'intérêt de tous.

Même si la tâche s'avère longue et semée d'embûches, elle ne relève en rien d'une puérile utopie et le temps est impérieusement venu de cesser de la croire insurmontable.

Il est en effet tout à fait possible, aujourd'hui, d'imaginer et de produire, à coût équivalent, un snack ou une simple saucisse proche du nutritionnellement équilibré, de même que de nouvelles sauces vinaigrette-santé à faire pâlir de jalousie leurs indétrônables aïeules, les grands plats traditionnels, tels le hachis Parmentier, le couscous royal, la paella, le cassoulet, le gâteau soufflé au chocolat, le Paris-Brest et autres crêpes Suzette « sans péché »...

La liste est infinie.

Ce qui me rend aujourd'hui fortement optimiste, c'est l'intérêt manifeste et immédiat de nos premiers 60 élèves-stagiaires², cuisiniers traditionnels de restaurants, de collectivités (Ehpad et autres), pharmaciens, nutritionnistes... qui, dès l'ouverture des sessions de cours, à l'Institut Michel Guérard[®], se sont totalement immergés dans cette quête d'un nouveau savoir, n'ayant cessé de poser des questions, tant à nos professeurs de cuisine et de pâtisserie, qu'à nos diététiciennes, conscients de franchir une étape majeure dans le recueil de leurs connaissances et de leur approche de la santé.

La voie est enfin ouverte, une révolution sereine et légitime, d'utilité publique est en train de s'opérer, accordant à cette cuisine française, précédée de sa longue histoire, le légitime privilège de s'inscrire enfin dans son nouveau rôle citoyen d'auxiliaire de santé. †

1. AFRETh : Association française pour la recherche thermique.

2. Les cours sont dispensés selon des modules d'une et deux semaines.

Inégalités sociales de santé et nutrition : vers une politique d'universalisme proportionné ?

En matière de nutrition, les bons résultats des politiques mises en œuvre n'ont pas empêché un accroissement des inégalités sociales de santé. Propositions pour des stratégies à la fois efficaces et qui réduisent ces inégalités.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 48.

Thierry Lang

UMR1027 Inserm Université Paul Sabatier, Iferiss, Toulouse

Louis-George Soler

Aliss, UR1303, INRA, Ivry

Les inégalités sociales de santé ne concernent pas que la pauvreté et l'extrême pauvreté ou la misère, aux extrémités de la hiérarchie sociale. Elles traversent la société dans son ensemble et sont structurelles. Les différences d'espérance de vie, par exemple, suivent un *continuum* qui ne permet pas de distinguer deux groupes, pauvres et riches ou exclus et inclus. Les questions du gradient social de santé, révélé seulement par les statistiques, lorsqu'elles existent, s'opposent au caractère visible de la précarité. Il existe généralement une relation linéaire entre la position socio-économique des individus (estimée par le revenu, le niveau d'éducation ou la catégorie socioprofessionnelle) et leur état de santé. Cette relation, parfois appelée « gradient social », est observée pour tous les indicateurs de santé, non seulement l'espérance de vie et la mortalité, mais aussi la plupart des pathologies chroniques, notamment celles directement liées à la nutrition, telles que le diabète, l'obésité, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, l'ostéoporose, la santé bucco-dentaire et certains cancers.

Les habitudes de vie, comme les comportements associés au tabagisme, à la consommation d'alcool, à l'alimentation et l'activité physique, sont reconnues comme des déterminants majeurs de morbidité et mortalité dans le monde, en particulier pour les maladies chroniques. Il existe en outre de nombreux éléments qui attestent l'existence de cumulés entre habitudes de vie à impacts négatifs de santé. Ainsi le tabagisme, la consommation trop élevée d'alcool, une alimentation déséquilibrée et une faible activité physique sont

fréquemment présents de façon concomitante dans les catégories socio-économiquement défavorisées.

Dans l'étude Obépi publiée en 2012, le pourcentage d'adultes obèses en France est 3,7 fois plus élevé chez les ménages ayant un revenu mensuel net inférieur à 900 euros par rapport à ceux dont le revenu est supérieur à 5 300 euros/mois. Par ailleurs, des évolutions favorables pour l'ensemble de la population peuvent masquer un accroissement du gradient social de santé. Une étude sur la santé des enfants scolarisés en classe de CM2 indique par exemple que la prévalence du surpoids chez l'enfant s'est stabilisée en moyenne en France entre 2002 et 2005. Cependant, dans le même temps, les inégalités se sont creusées : la proportion d'enfants obèses a été divisée par deux chez les enfants de cadres, alors que pour les enfants d'ouvriers, elle est passée de 5 % à 6 %.

Pour ces diverses raisons, des stratégies générales doivent être pensées pour organiser les différentes interventions politiques [47] et examiner leur impact sur les inégalités sociales de santé [17]. Comment penser, puis mettre en œuvre, une telle problématique de l'intervention dans le domaine des inégalités sociales de santé associées à l'alimentation et l'activité physique ?

Des stratégies universelles ou ciblées, portant sur les consommateurs ou sur leur environnement alimentaire ?

Au regard des enjeux liés aux inégalités de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique, il est utile de distinguer plusieurs stratégies d'intervention. On peut tout



d'abord faire une première distinction selon l'étendue des populations visées. Les interventions peuvent alors être classées en trois grandes catégories : les interventions universelles ; les interventions ciblées ; les interventions appliquant une démarche qualifiée d'universalisme proportionné.

Une approche universelle s'adresse à l'ensemble de la population. Il a été montré dans de très nombreux travaux que dans le domaine sanitaire, de la prévention et de la modification des comportements, une offre de services universels, au moins celle qui n'est pas obligatoire, bénéficie le plus aux groupes les plus favorisés de la population, avec une tendance à l'aggravation des inégalités sociales de santé.

Une approche ciblée vise les groupes les plus défavorisés de la population. Ces approches ne comportent pas d'actions pour les populations au-dessus d'un certain seuil et ne concernent, par construction, qu'une petite partie de la population. Ces politiques ont été mises en œuvre, notamment en France, en direction des populations à haut risque social, les plus précaires et les plus défavorisées ou d'un haut risque biologique (obèses, diabétiques...) [20]. La limite de ces interventions est de ne pas prendre en compte le gradient social continu qui traverse l'ensemble de la population et en particulier de ne pas répondre aux besoins des enfants ou des personnes au-dessus d'un certain seuil de pauvreté.

L'approche de l'universalisme proportionné consiste à promouvoir des politiques et des interventions dont l'intensité est proportionnelle aux besoins de la population [46]. Concrètement, ces politiques d'universalisme proportionné se caractérisent par le fait qu'elles ont pour objectif de mettre en place des politiques universelles, bénéficiant à l'ensemble des membres d'une population, mais également de mettre en œuvre des dispositions pour que les actions puissent bénéficier à l'ensemble de ces membres à hauteur des risques ou des besoins auxquels ils sont confrontés. Cette approche paraît séduisante car elle apporte une réponse à la question du gradient social des états de santé, entre universalisme et politiques ciblées. Mais les exemples de mise en œuvre restent rares et il s'agit aujourd'hui d'expérimenter cette approche sur des exemples concrets.

Une seconde distinction peut être faite selon que les interventions portent sur les consommateurs dont on cherche à modifier les comportements ou sur leur environnement. Ainsi, on peut opposer, d'une part,

les interventions centrées sur les individus, qui visent à influencer sur leurs comportements en augmentant leurs connaissances (par exemple nutritionnelles) et à agir sur les critères de choix alimentaire et d'activité physique, en renforçant ceux qui ont trait aux dimensions de santé, et, d'autre part, les interventions visant plutôt à modifier « l'environnement » alimentaire des individus. Ces dernières relèvent plutôt de démarches de prévention « passive », sans nécessairement supposer de démarches particulières de la part des individus, alors que les premières supposent une implication active et consciente de l'individu dans l'évolution de ses comportements.

Quels impacts ont ces différentes démarches dans le domaine de la nutrition ? On peut tout d'abord noter que la plupart des interventions considérées séparément ont des effets de santé souvent modestes, voire faibles, suggérant l'existence de facteurs lourds, multiples et difficilement réversibles déterminant les pratiques de consommation alimentaire et d'activité physique.

Les interventions en population générale ont des effets assez faibles sur la santé des individus, mais sont généralement peu (ou pas) coûteuses pour les pouvoirs publics. Les effets sont rapides et le seuil de coût-efficacité est atteint au bout d'un petit nombre d'années. Le levier d'efficacité est ici la taille de la population touchée plutôt que l'ampleur des changements obtenus au niveau individuel, l'agrégation de petits gains de santé sur toute la population générant des bénéfices significatifs du point de vue de la santé publique. Dans le domaine de la nutrition, il s'agit d'interventions qui visent à accroître les bénéfices de santé par des actions sur l'environnement des individus (mesures fiscales, régulation de la publicité, amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments, particulièrement la réduction des teneurs en sel...). Ces conclusions sont néanmoins à considérer avec précaution dans la mesure où les niveaux de preuve de l'impact de ces leviers d'action restent fragiles, et les mécanismes économiques qui affectent leur efficacité sont insuffisamment étudiés.

Les interventions ciblées sur les populations à risques supposent des ressources importantes, étalées dans le temps. Le levier d'efficacité réside dans l'ampleur des changements opérés au niveau individuel et non dans la taille de la population touchée. Dans le domaine de la nutrition, il s'agit d'actions comme l'accompagnement de personnes à risques dans le cadre de dispositifs spécifiques,

de l'encadrement par des professionnels de santé.

Tenir ensemble des objectifs d'efficacité et de réduction des inégalités sociales de santé suppose probablement de trouver le bon équilibre entre des démarches, conduites en population générale, de prévention passive portant sur l'environnement des individus, atteignant l'ensemble des consommateurs, et des démarches de prévention « active » impliquant une adaptation raisonnée des comportements, dans des contextes d'accompagnement ciblés des individus, avec le risque qu'ils bénéficient davantage aux plus favorisés. Un troisième niveau d'intervention pourrait décliner des interventions ciblées (banque alimentaire, coupons...), destiné à des populations précairisées pour lesquelles des interventions spécifiques sont nécessaires. C'est dans cette voie que doit pouvoir se dessiner une démarche d'universalisme proportionné en matière de nutrition.

Quelles modalités d'application de l'universalisme proportionné ?

En matière de nutrition, bon nombre de politiques publiques reposent sur la vision d'un consommateur autonome, pleinement rationnel, délibérant de façon individuelle ses choix alimentaires et d'activité physique, arbitrant de façon consciente entre les options qui s'offrent à lui et mettant la priorité sur sa santé dès lors qu'il est informé, à la fois des bienfaits d'une alimentation équilibrée et des caractéristiques des produits offerts sur le marché. L'éducation alimentaire, les campagnes d'information, tout autant que l'étiquetage nutritionnel informatif, reposent sur cette vision, dans la mesure où elles visent à renforcer l'expertise du consommateur, à lui donner les moyens « analytiques » de fonder un arbitrage éclairé et à faire évoluer ses préférences sur la base d'une démarche raisonnée.

Une autre vision est celle d'un consommateur dont les capacités d'autorégulation sont limitées, dont les actes de consommation alimentaire ne sont pas nécessairement soumis à une délibération systématique, sont inscrits dans des normes et des interactions sociales, susceptibles de biais de perception, cognitifs et émotionnels, et pour lequel les enjeux de santé ne sont, au mieux, qu'un des éléments qui interviennent dans ses arbitrages de consommation.

Les travaux disponibles suggèrent que des interventions qui visent des changements de comportements sur la base du modèle du

consommateur autonome en contribuant à un processus de décision délibéré, ont de fortes chances d'accroître les inégalités sociales de santé. À l'inverse, des interventions fondées sur l'hypothèse d'un consommateur disposant de capacités d'autorégulation limitées peuvent, sous certaines conditions, contribuer à réduire les inégalités sociales de santé. Typiquement, des actions visant à améliorer la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire, y compris sur les gammes de produits les moins chères, relèvent de cette approche. Elles peuvent bénéficier à l'ensemble des consommateurs, mais encore plus fortement à ceux qui ne se préoccupent pas particulièrement des enjeux de santé et dont les régimes alimentaires sont les plus éloignés des recommandations nutritionnelles.

Besoins de recherche

Les interventions dans le domaine de la nutrition ont jusqu'à présent porté peu d'attention aux inégalités sociales de santé. Or, les interventions surviennent dans un système complexe, avec des enchaînements de causalité pouvant conduire à l'effet inverse de celui recherché. Il est donc nécessaire de développer un système d'information statistique pérenne, pour suivre et publier un suivi régulier des inégalités sociales de santé dans le domaine de la nutrition et suivre les effets attendus et inattendus des interventions. Des recommandations en ce sens ont été formulées également par le Haut Conseil de la santé publique. Il est donc important de développer et structurer le champ de la recherche interventionnelle en santé des populations, non seulement par des financements sur projets, mais aussi par l'aide à l'émergence ou la consolidation d'équipes de recherche dans ce domaine. Face à la complexité, cet effort de structuration doit favoriser l'interdisciplinarité. †



tribunes

La nutrition : des constats à la décision politique

Dans le cadre de la poursuite des politiques en matière de nutrition, la proposition de faire apparaître un étiquetage simple et clair sur les qualités nutritionnelles des aliments n'a pas encore été mise en œuvre. Cette mesure est cruciale et attendue.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 48.

François Bourdillon

Président de la Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé du Haut Conseil de la santé publique

Les enjeux santé en matière de nutrition sont bien connus. L'inadéquation des apports nutritionnels, la baisse observée de l'activité physique jouent un rôle important dans le développement du surpoids et de l'obésité mais aussi dans le déterminisme de maladies au premier rang desquelles les cancers et les maladies cardiovasculaires. En matière de surpoids et d'obésité, les professionnels de santé publique parlent d'épidémie devant la croissance du nombre de personnes concernées. Cette épidémie est observée dans l'ensemble des pays industrialisés (cf. histogramme obésité des différents pays de l'OCDE, figure 1). Ainsi, la prévalence de l'obésité est-elle de 35 % aux États-Unis [36] et de 17 % en France [7]. Les données

de plusieurs études montrent de très importantes inégalités sociales de santé notamment chez les enfants. Les catégories socioprofessionnelles les plus basses sont les plus touchées.

La prise de conscience de l'enjeu de santé publique en matière de nutrition date, en Europe, des années 2000. Ainsi, l'OMS Europe adopte-elle en septembre 2000 le premier plan d'action pour l'alimentation et la nutrition.

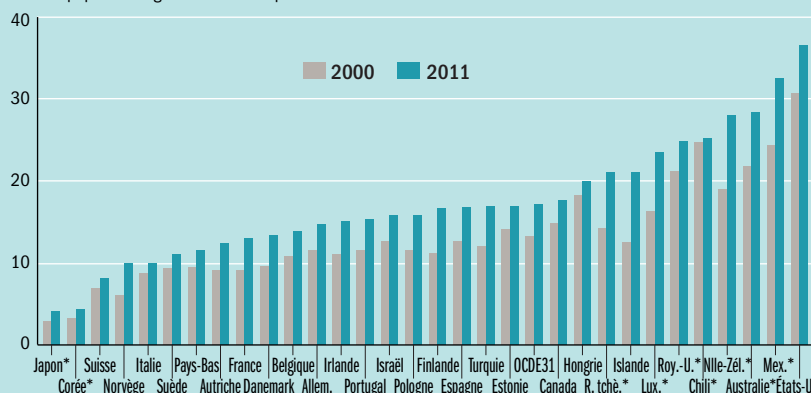
La France lance, en 2001, son premier Plan national nutrition santé (PNNS).

En 2004, elle inscrit la nutrition dans la loi de santé publique en se fixant des objectifs. Le HCSP propose quatre objectifs destinés à piloter et évaluer la politique nutritionnelle : réduire l'obésité et le surpoids dans la

figure 1

Les taux d'obésité parmi les pays de l'OCDE

% de la population âgée de 15 ans et plus



* Les données sont basées sur des enquêtes de santé avec examen plutôt que sur des poids et tailles autodéclarées. Source : statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, OCDE (<http://www.oecd.org/sante/basedonnees>).

population; augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges; améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels; réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles.

En 2006, est ratifiée à Istanbul la Charte européenne de lutte contre l'obésité¹. Un point dans cette charte est particulièrement important : celui de la responsabilité collective. La charte précise qu'« *Il faut trouver un équilibre entre la responsabilité des personnes et celles des autorités publiques et de la société. Il ne devrait pas être acceptable de considérer les personnes comme seules responsables de leur obésité* ». Ce point est majeur car il part du constat que l'épidémie d'obésité est observée dans l'ensemble des pays européens et qu'au-delà des comportements individuels il convient de prendre en compte les déterminants environnementaux, sociaux et même ceux liés au système de santé.

En 2011, la France, dans une logique de continuité et de programmation, lance son 3^e PNNS pour la période 2011-2015 qui réaffirme 12 principes généraux parmi lesquels : le fait que la nutrition englobe les aspects relatifs à l'alimentation et à l'activité physique; le besoin d'une cohérence, de complémentarité et de synergie entre les différentes structures; le développement de repères PNNS pour promouvoir certaines catégories d'aliments et limiter d'autres catégories (aucune proscription); le rappel que les conditions de vie mais également l'environnement alimentaire conditionnent fortement les comportements.

Début 2014, les professeurs Herberg et Basdevant rendent leur rapport préparatoire pour un PNNS⁴ afin de donner un nouvel élan à la politique nutritionnelle. Ils proposent d'associer des mesures vers la population générale visant à améliorer l'offre alimentaire et l'offre d'activités physiques, à des mesures plus ciblées vers les populations défavorisées ou les populations à risques comme les patients obèses. Serge Herberg propose de franchir une nouvelle étape notamment en matière d'information du consommateur sur la qualité nutritionnelle des aliments, proposition soutenue par de très nombreuses sociétés savantes³.

1. OMS Conférence interministérielle européenne sur la lutte contre l'obésité, l'alimentation et l'exercice physique pour la santé. Charte européenne sur la lutte contre l'obésité. EUR/06/5062700/8 16 novembre 2006.

2. Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique dans le cadre de la Stratégie nationale de santé.

3. Lettre ouverte à M^{me} Marisol Touraine en date du 17 février 2014. <http://www.sfsp.fr/activites/file/Lettre-ouverteNutritionMinistre.pdf>

Informer les consommateurs

Cette mesure de l'information du consommateur sur la qualité nutritionnelle est cruciale. Il s'agit de lui permettre de se repérer au moment de l'achat sur le niveau de qualité nutritionnelle de l'aliment et ainsi d'orienter ses choix. L'information sur la composition des aliments (sur l'arrière des boîtes) n'est, en effet, pas suffisante et surtout elle est incompréhensible pour une majorité des consommateurs. L'idée est de mettre en place une échelle simple compréhensible par tous en cinq classes de qualité nutritionnelle, basée sur un score⁴, sous la forme d'une échelle colorielle (vert-jaune-orange-rose-rouge) (figure 2) en complément de l'étiquetage nutritionnel. Cette échelle devrait être apposée sur la face avant des emballages des aliments. Les produits concernés seraient les aliments et boissons, manufacturés pré-emballés et sur tout plat et boisson servis dans le cadre de chaînes de restauration collective type *fast-food* préparés avec des recettes standardisées. Les bases scientifiques de la construction de ce score et de cette information sont solides. Cette information est très fortement souhaitée par les associations de consommateurs. L'Inserm y voit un outil de réduction des inégalités sociales de santé [K03].

Un autre intérêt de cette mesure est l'incitation qu'elle pourrait avoir auprès des producteurs pour qu'ils améliorent la qualité nutri-

4. Le score est déjà utilisé en Grande-Bretagne. Il est calculé par la prise en compte, pour chaque aliment, d'éléments constitutifs « négatifs » et « positifs ».

tionnelle de leurs aliments afin de mieux se positionner « Qualité » en améliorant leur score sur l'échelle colorielle. Les efforts des producteurs seraient ainsi valorisés. De nombreuses expériences de logos sur la face avant des emballages montrent un impact très positif de ce type de mesures pour les consommateurs dans un environnement très concurrentiel.

Cette mesure est très attendue. Elle fait consensus dans le milieu scientifique. Les associations de consommateurs la réclament. Les professionnels de santé publique pensent que c'est une mesure en faveur du progrès nutritionnel et de lutte contre les inégalités sociales de santé. Les industriels sont partagés : certains se sont déjà impliqués dans une démarche PNNS en signant des chartes de progrès nutritionnel; d'autres sont plus inquiets car le consommateur pourra comparer la qualité nutritionnelle d'un même type d'aliments proposé par différentes marques, ou la comparer au sein d'une même famille d'aliments.

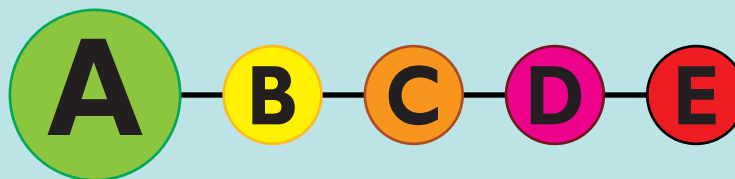
À ce stade, seul le politique est capable d'agir. Saura-t-il suivre les recommandations qui lui sont faites, saura-t-il résister aux puissants lobbies de l'agro-alimentaire? L'annonce d'un 4^e Plan national nutrition santé et de l'inscription de mesures « nutrition » dans la Stratégie nationale de santé sont de bonnes opportunités pour faire valoir les intérêts de santé face aux intérêts mal compris des industriels. Il est, en effet, fortement probable que les industriels aient un intérêt pour l'avenir de jouer la carte de la qualité nutritionnelle tant l'épidémie de surpoids et d'obésité est majeure. †

figure 2

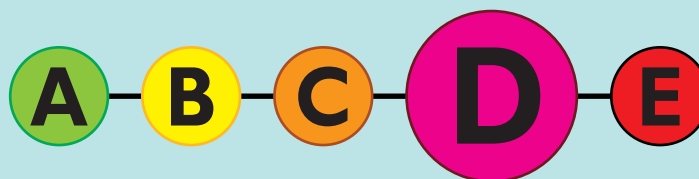
Étiquetage nutritionnel : exemple d'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS

Meilleure qualité nutritionnelle

Moins bonne qualité nutritionnelle



Produit avec de très bonnes qualités nutritionnelles (A/vert)



Produit avec des qualités nutritionnelles médiocres (D/fuschia)