

Pour des politiques de nutrition publique

Francis DELPEUCH

Nutritionniste

Sécuriser aujourd'hui l'alimentation de la planète, ce n'est pas seulement assurer une production alimentaire suffisante, ou fournir des aliments plus sûrs, ou garantir une meilleure accessibilité aux aliments à toutes les couches sociales, ou se préoccuper des conditions de production des aliments et donc de la protection de l'environnement, ou encore préserver la santé et la nutrition des populations, mais c'est tout cela. Ces différents objectifs peuvent paraître contradictoires et les différentes politiques sectorielles qui en ont la charge sont d'ailleurs souvent en conflit. Des politiques alimentaires intégrées, basées sur de nouveaux modèles, sont à l'évidence nécessaires et attendues. Et cela d'autant plus que les systèmes alimentaires sont partout, au Nord comme au Sud, aux prises avec des changements majeurs et très rapides, notamment l'industrialisation de ces systèmes et l'urbanisation des populations et des modes de vie, dans un contexte général de mondialisation.

Les problèmes de santé publique liés à l'alimentation sont multiples

Aujourd'hui, la scène mondiale reste dominée par des problèmes nutritionnels de grande ampleur, qu'ils soient persistants malgré les efforts et certains progrès ou, pour certains d'entre eux, émergents et en augmentation rapide dans les pays du Sud. Le chiffre

peut-être le plus connu, grâce au plaidoyer de la FAO, est celui de la faim dans le monde, soit 800 millions de personnes qu'on estime être globalement sous-alimentées du fait d'une carence chronique en énergie. 95 % de ces personnes appartiennent au monde en développement et les trois quarts sont des ruraux et des producteurs agricoles. Mais d'autres données témoignent de la diversité des problèmes : 30 millions de bébés naissent chaque année avec un poids de naissance trop faible dû à une malnutrition fœtale, soit près du quart des naissances dans les pays en développement. Plus de 150 millions d'enfants de moins de 5 ans sont atteints par un retard de croissance ou une insuffisance de poids, soit 1 enfant sur 3. Au moins deux milliards de personnes sont touchées à des degrés divers par ce qui a été qualifié de « faim cachée » au début des années 1990, c'est-à-dire des carences en micronutriments tels que le fer, la vitamine A, l'iode ou le zinc. Déjà massivement présentes dans les sociétés industrialisées, les malnutritions liées à une surnutrition (maladies non transmissibles liées à l'alimentation et aux modes de vie comme l'obésité, le diabète, les maladies cardio-vasculaires, certains cancers) touchent un nombre croissant de personnes dans les pays émergents et dans les pays pauvres. L'Organisation mondiale de la santé évoque ainsi une épidémie mondiale d'obésité, avec 300 millions d'adultes d'ores et déjà obèses et près d'un milliard en surpoids ; l'obésité infantile est également en forte progression.

Au total, c'est plus de la moitié de la population mondiale qui est atteinte par une forme ou une autre de malnutrition.

Les conséquences sur la santé et le développement sont prouvées et fortes

Au cours des deux dernières décennies, la recherche scientifique a montré que les conséquences des malnutritions et des carences en micronutriments sont bien plus considérables qu'on ne l'admettait auparavant, même lorsqu'elles sont sous des formes modérées. L'impact sur les sociétés est énorme : la mortalité et la morbidité sont accrues ; ainsi, 6 millions d'enfants de moins de 5 ans meurent chaque année en raison de la malnutrition et d'une

maladie infectieuse associée, ce qui représente environ la moitié des décès dans cette tranche d'âge. Les survivants ont des séquelles conséquentes en termes de développement physique et intellectuel. L'anémie par carence en fer augmente les risques de mortalité maternelle et diminue les capacités d'apprentissage et de travail ; la carence en vitamine A est la première cause de cécité évitable et augmente la mortalité des jeunes enfants.

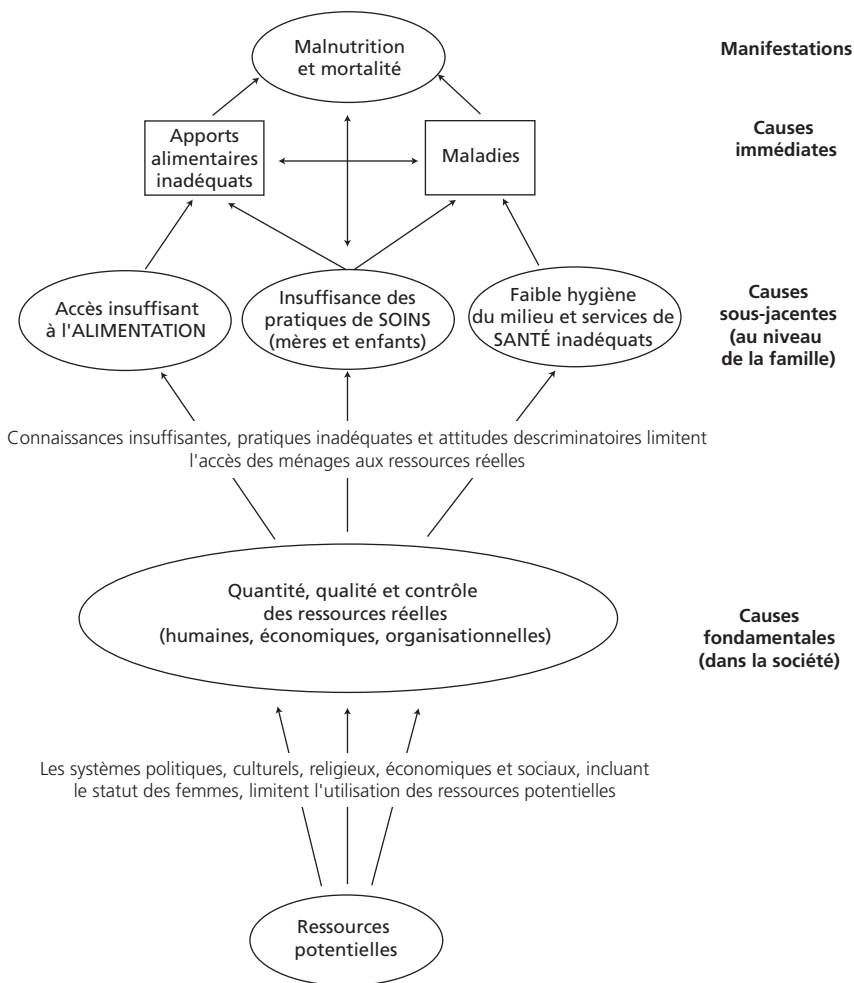
Les personnes mal nourries ont moins de chance d'acquérir une éducation de base, d'avoir des compétences sociales satisfaisantes et de contribuer au bien-être de leur famille et au développement de leur communauté et de leur pays. Cela va notamment à l'encontre des efforts actuels qui visent à réduire la pauvreté. En augmentant la morbidité et la mortalité, les malnutritions accroissent aussi les coûts de santé de manière considérable. Enfin, les problèmes nutritionnels peuvent se répercuter d'une génération à l'autre et entraîner ainsi pour les sociétés des conséquences à très long terme.

Une causalité complexe et des déterminants sociaux

Le schéma conceptuel proposé en 1990 par l'Unicef pour la malnutrition des jeunes enfants, et aujourd'hui adopté sous diverses formes par la communauté scientifique internationale, illustre bien la complexité des facteurs en cause (fig. 1). Au-delà des causes immédiates au niveau des individus, il existe des causes sous-jacentes au niveau de la famille et de la communauté où s'entremêlent alimentation, santé et soins dans la relation causale à la malnutrition ; les causes fondamentales sont importantes au niveau de la société et au niveau international impliquant tous les facteurs – politiques, économiques, sociaux, culturels, religieux – qui peuvent limiter l'utilisation des ressources, et en conséquence multiplier les secteurs concernés par les questions de nutrition : santé à l'évidence mais aussi et d'abord agriculture, économie, commerce et industrie, législation, environnement, etc.

Ce cadre conceptuel à trois niveaux de causes avait été initialement développé pour les maladies de carences, mais il est clair qu'il peut s'appliquer aussi aux maladies non transmissibles liées à l'alimentation.

Figure 1.

Cadre conceptuel des causes de malnutrition et mortalité.

Les facteurs impliqués sont alimentaires comme non alimentaires, les déterminants sont souvent sociaux dès lors qu'on dépasse les causes immédiates et le niveau individuel, et c'est l'environnement au sens large qui est concerné, le plus souvent sur fond de pauvreté. Nous sommes ici loin du modèle classique d'intervention en santé, reposant sur le lien entre une cause unique et une maladie, héritage probable des théories pastoriennes qui ont largement dominé le monde médical et la santé publique tout au long du xx^e siècle.

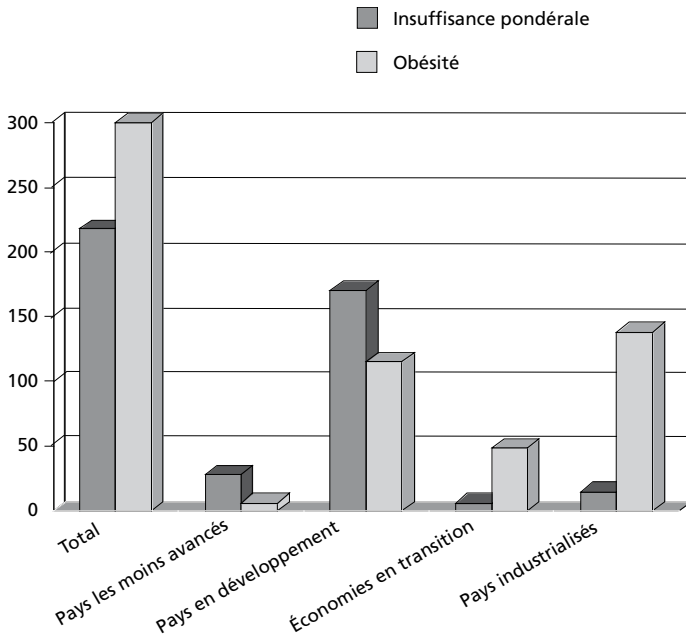
Pour ne prendre qu'un exemple, la sécurité alimentaire, c'est-à-dire l'accès à des aliments adéquats et nutritifs, est une condition préalable évidente pour une bonne nutrition, et les politiques agricoles ont ici un rôle majeur à jouer, pour peu qu'elles soient fondées sur des objectifs de bien-être nutritionnel, ce qui n'a été qu'exceptionnellement le cas. Pour autant, de nombreux autres facteurs influencent le processus d'amélioration de la nutrition, tels que le statut des femmes dans la société et leur accès à l'éducation, mais aussi le poids des maladies infectieuses, la structure des soins de santé primaires, l'engagement gouvernemental au niveau local et national dans les questions de santé et de nutrition, etc. C'est l'ensemble de ces questions qui doivent être traitées de manière intégrée.

Des évolutions rapides et des situations de transition plus complexes

Une véritable épidémie de maladies chroniques non transmissibles s'amorce pour les prochaines décennies dans l'ensemble du monde. Ces maladies, principalement l'obésité, le diabète, les maladies cardio- ou cérébro-vasculaires et certains cancers, conduisent à une morbidité accrue et coûteuse, et à une surmortalité précoce à l'âge adulte. Cette évolution a touché en premier lieu un certain nombre de pays émergents, à ressources importantes et aux économies relativement bien intégrées dans les réseaux internationaux ; mais progressivement, le phénomène s'est propagé à des pays à moyens ou faibles revenus mais à croissance rapide, et même aux sociétés urbaines de pays pauvres. Plus qu'un simple passage des malnutritions par carence aux maladies chroniques, il s'agit d'un cumul, au moins momentanément, de ces deux types de pathologies. Ainsi, dans les pays en développement la maigreur et l'obésité touchent simultanément la population adulte en grand nombre (fig. 2). Cette épidémie peut s'expliquer par une augmentation des facteurs de risque de ces maladies, elle-même provoquée par des déterminants à effet cumulatif tout au long de la vie, au premier rang desquels l'alimentation au quoti-

Figure 2.

Population adulte (en millions) affectée par la maigreur et l'obésité selon le niveau de développement (source OMS, 2000).



dien et la diminution de l'activité physique. Le trait le plus significatif des changements alimentaires est l'adoption de régimes déséquilibrés sur le plan de la qualité nutritionnelle, trop riches en calories et avec une proportion trop élevée de graisses saturées, de sucre, de sel, et insuffisante en céréales non raffinées, fibres, fruits et légumes, et donc en micronutriments. Dans le même temps, des modes de vie plus sédentaires diminuent les besoins énergétiques en deçà des apports consommés.

Cette évolution trouve sa source dans un contexte marqué par plusieurs changements majeurs : changement technique avec l'industrialisation des systèmes alimentaires de la production à la consommation en passant par la transformation et la commercialisation des aliments ; changement social avec l'urbanisation massive des populations au Sud ; changement démographique avec le vieillissement de ces populations. L'industrialisation des systèmes alimentaires et l'urbanisation transforment profondément la manière avec laquelle les aliments sont produits et consommés.

Elles modifient les pratiques alimentaires vers une plus grande dépendance d'aliments produits par d'autres, une augmentation de la consommation d'aliments manufacturés, énergétiques mais à faible densité nutritionnelle, et une consommation croissante de produits animaux. Elles posent des questions aussi bien sur le plan de leurs conséquences sur la santé humaine que sur le plan de l'environnement. Par rapport aux stratégies d'amélioration du niveau de santé et de nutrition, elles posent aussi la question du contrôle de la qualité de l'alimentation : qui contrôle réellement cette qualité et quel contrôle peuvent avoir les gens sur leur propre alimentation ?

Si ces transitions ne sont pas nouvelles dans l'histoire des sociétés, elles paraissent se produire de plus en plus rapidement dans des conditions très différentes de celles qu'ont connues les pays industrialisés, notamment une pauvreté persistante et une urbanisation qui n'est pas toujours en rapport avec la croissance économique. Au cours des dernières années, l'échelle et la vitesse de ces changements semblent avoir été amplifiées par la restructuration néolibérale globale connue sous le nom de mondialisation. Cette évolution peut comporter des avantages certains mais aussi des conséquences négatives. Par exemple, les effets de la libéralisation du commerce mondial, du marketing des firmes mondiales, de l'occidentalisation des modes de vie sur le niveau de nutrition et de santé des populations restent encore largement à documenter.

Des observations récentes révèlent également des liens en apparence paradoxaux entre sous-nutrition et surnutrition. Il s'agit d'une part de la coexistence au sein de la même famille d'une malnutrition de type carenciel (retard de croissance, insuffisance pondérale) chez un jeune enfant et d'un surpoids chez un adulte et parfois chez la mère de cet enfant ; on mesure ici le nouveau défi posé aux politiques de prévention. Il s'agit d'autre part de la confirmation des liens qui peuvent exister chez une même personne entre une malnutrition (carence énergétique et nutritionnelle) pendant la vie fœtale ou la petite enfance et une plus grande susceptibilité aux maladies chroniques liées à l'alimentation à l'âge adulte lorsque les conditions d'alimentation changent. Cette « programmation fœtale » des maladies chroniques s'explique par une adaptation métabolique durable de l'organisme pour faire face à des conditions défavorables d'alimentation et de santé ; ce

véritable phénotype économe se révélerait inadapté par la suite lorsque l'alimentation se modifie dans le sens d'une plus grande abondance et d'un déséquilibre par excès en certains nutriments. Les changements évoqués plus haut (transition, urbanisation, industrialisation) fournissent précisément les conditions pour que s'exprime cette plus grande susceptibilité aux maladies chroniques chez des populations qui ont été fréquemment exposées pendant leur vie fœtale et leur petite enfance à des déficits énergétiques et nutritionnels, ce qui est souvent le cas dans les pays en développement. D'autres liens entre différentes périodes de la vie ont été mis en évidence pour divers types de malnutritions. Ces observations ont des implications considérables pour les politiques publiques, certaines interventions (ou absences d'intervention) pendant l'enfance et l'adolescence pouvant avoir des effets défavorables sur la santé à long terme ; elles impliquent de considérer les questions alimentaires et nutritionnelles en termes de cycle de vie selon une approche récemment proposée.

Des politiques publiques nécessaires et renouvelées

Au terme de ce constat, il est clair que la multiplicité des problèmes de santé publique liés à l'alimentation, la complexité des causes et des situations, la rapidité des changements en cours exigent des politiques publiques et une approche intégrée et qu'il n'y a pas de solution purement technique. Les décideurs politiques ne peuvent plus faire reposer leurs actions sur la seule hypothèse qu'on réduira la faim et les malnutritions dans le monde simplement en produisant plus d'aliments. Répondre à la fois aux problèmes de malnutrition par carence et par excès, parfois au sein des mêmes communautés, tout en relevant les défis posés par les projections démographiques à l'horizon 2050 requiert notamment de reformuler l'esprit et les méthodes des politiques et programmes conduits jusqu'à présent.

En 1992, la Conférence internationale sur la nutrition (CIN), première conférence intergouvernementale sur les problèmes alimentaires et nutritionnels, a constitué un premier tournant dans la perception et l'approche de ces problèmes par la communauté

internationale. Avant la CIN, une étude avait montré que les politiques alimentaires des PED ne comportaient en général aucun objectif nutritionnel, dans un contexte pourtant massif de faim et de malnutritions. En 1990, le groupe d'étude de l'OMS sur le régime alimentaire, la nutrition et la prévention des maladies chroniques attirait l'attention sur l'acuité de cette question en Europe en déclarant que les politiques agricoles et économiques liées à celle de la Communauté économique européenne n'étaient pas nécessairement compatibles avec les notions actuelles d'alimentation et de santé. Après la CIN, des plans nationaux d'action pour la nutrition, véritables ébauches de politiques nutritionnelles, ont été élaborés dans de nombreux pays. Un fort accent a été mis sur les carences en micronutriments ; des succès ont été enregistrés dans des domaines comme la promotion de l'allaitement maternel ou l'iodation universelle du sel pour prévenir la carence en iode. Mais la situation globale ne s'est pas améliorée autant qu'on aurait pu l'espérer, avec une réduction lente des malnutritions carencielles, une montée épidémique des MNTA, maladies non transmissibles liées à l'alimentation et aux modes de vie, et des situations très contrastées entre continents et entre pays. Lors des ateliers de suivi de la CIN, un manque de volonté politique a été souvent évoqué. Mais s'agit-il vraiment d'un manque de volonté politique, ou plutôt d'un manque d'État pour de nombreux pays après le passage des programmes d'ajustement structurel et l'irruption de la mondialisation ? Ne s'agit-il pas également d'un besoin de nouveaux modèles ? En dépit des changements de perception, beaucoup d'acteurs politiques et économiques restent à convaincre, l'alimentation et la nutrition étant toujours largement considérées comme des sous-produits de la croissance économique et de la production agricole.

Aujourd'hui, l'enjeu principal est de réduire à court terme les malnutritions par carences tout en limitant la montée des MNTA et les conséquences négatives à long terme.

La priorité doit être accordée à la prévention. Il n'y aura pas de changements dans les modes de production et de consommation et d'évolution vers une alimentation équilibrée et des modes de vie plus sains sans mobilisation sociale forte. L'éducation et l'information continues du public sont donc nécessaires, ô combien ; mais pour autant, elles ne sont pas suffisantes. Les politiques

publiques dans leur ensemble sont concernées et le principal défi pour des politiques alimentaires renouvelées sera de parvenir à proposer des régimes alimentaires de bonne qualité nutritionnelle et sanitaire à un coût le plus bas possible dans le respect des cultures et des préférences alimentaires, tout en préservant l'environnement, le tissu social et l'équité. À l'évidence, de nouveaux systèmes alimentaires favorables à la santé, à la nutrition et au bien-être sont nécessaires. Les raisons pour agir sont fortes mais la question est complexe et le terrain politique aussi. Les changements doivent toucher tous les maillons de la chaîne alimentaire et, pour être effectifs, ils nécessiteront de vaincre des résistances à différents niveaux et de dépasser des intérêts puissants et contradictoires. Au niveau international, ces changements dépendent également de l'issue de plusieurs batailles politiques et débats actuels sur les questions de subventions/protection, sur les effets du commerce mondial sur la santé, sur la place des biotechnologies, sur l'environnement et les changements climatiques, sur le droit à l'alimentation.

Toutefois, diverses initiatives en cours autorisent un optimisme relatif et offrent des opportunités d'avancer.

1) Notre meilleure compréhension des relations entre l'alimentation et la santé nous donne de bons arguments pour plaider ; elle s'accompagne d'une prise de conscience par le grand public de l'importance de ces relations.

2) Même si des réserves peuvent être formulées quant à l'atteinte des objectifs, il est important que le Sommet du Millénaire (2000) ait adopté comme un de ses premiers objectifs de développement la réduction de la faim et des malnutritions et l'éradication de la pauvreté extrême.

3) Lors du suivi du Sommet mondial de l'alimentation (2002), le droit à l'alimentation et à une nutrition adéquate dans le contexte de la sécurité alimentaire nationale a été reconnu. Des directives volontaires sont en cours de rédaction et devraient être disponibles dès 2004. Bien que ces directives n'aient aucun caractère juridique contraignant, il s'agit d'une avancée potentiellement importante, susceptible d'influencer le cours de la mondialisation car favorisant la mise en œuvre des régulations indispensables. Ces directives fournissent l'opportunité de concrétiser le droit à l'alimentation, les gouvernements comme les sociétés civiles

pouvant s'en emparer pour les traduire en termes d'objectifs ; et cette opportunité apparaît fondamentale pour un droit qui est un des plus anciens mais aussi l'un des plus bafoués.

4) L'émergence du développement durable et l'approche intégrée qu'il suppose offrent un cadre conceptuel général et obligent à considérer les questions de nutrition et de santé sur le fond, au-delà d'une approche biomédicale trop étroite. La conscience émerge qu'il n'y aura pas de développement durable si les questions de nutrition et de santé ne sont pas traitées, mais aussi qu'il sera impossible, inversement, d'éliminer la faim et les malnutritions sans des écosystèmes sains.

5) Nous disposons d'ores et déjà d'ébauches de nouveaux modèles sur lesquels nous pouvons construire ; pour ne prendre qu'un exemple, on peut citer le modèle de politique alimentaire de la région européenne de l'OMS qui repose sur trois piliers : sécurité sanitaire des aliments, approvisionnement alimentaire durable, nutrition. Plusieurs autres piliers peuvent et doivent être envisagés en fonction des contextes.

Sur ces bases nouvelles, le monde pourra certainement nourrir le monde pour peu que l'action publique et qu'une recherche résolument tournées vers la résolution des problèmes alimentaires et nutritionnels soient mobilisées. Le défi reste néanmoins redoutable. Mais a-t-on vraiment le choix ?