

In *Economies et Sociétés*, Série Développement agro-alimentaire,
A.G. n° 22, 3-4/1995, p. 37-50

La sécurité alimentaire considérée du point de vue de la santé

Djamil Benbouzid

OMS – Genève – Suisse

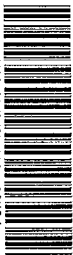
Francis Delpuech, Bernard Maire

ORSTOM – Montpellier

Bruno de Benoist

OMS – Brazzaville – République du Congo

Fonds Documentaire ORSTOM



010020616

L'évolution de la perception des relations entre nutrition-santé et sécurité alimentaire au cours des deux dernières décennies a été analysée : de la nutrition considérée au départ comme un problème médical relevant de la seule responsabilité du secteur de la santé, on est passé à une prise de conscience de son importance dans le champ économique et social et finalement à une analyse conjointe des problèmes alimentaires, nutritionnels et sanitaires. Parallèlement à cette évolution opérée à travers l'analyse des causes de malnutrition et l'élaboration de divers modèles, l'élargissement du concept de sécurité alimentaire au niveau des ménages, au-delà de son approche économique globale initiale, constitue du point de vue de la santé un changement majeur. La prise en compte de ce niveau familial qui est traditionnellement celui de référence pour le secteur de la santé a d'importantes implications en matière de politiques et de programmes : quelques-uns des rôles que pourraient jouer l'OMS et le secteur de la santé sont ainsi passés en revue.

The perception of the relationships between nutrition/health and food security has largely evolved during the last two decades. Nutrition, first considered of the strict responsibility of the health sector, has been progressively viewed also as relevant to the social and economic sectors,

Fonds Documentaire ORSTOM

leading to a comprehensive analysis of sanitary, nutritional and food security aspects. In parallel the various conceptual models, initially restricted to a global economic view, have progressively evolved to take into a better account the key household level. Most of the policies and programs of the health sector are traditionally better operational at the family level, and this convergence strengthens the role that the health sector and WHO could have. Some implications on policies and programs are considered, which should contribute to either prevent the deterioration of – or consolidate food security at the household level.

INTRODUCTION

Au cours des deux dernières décennies la perception et l'analyse des problèmes alimentaires et nutritionnels ont connu une évolution considérable. Pour les spécialistes de santé publique et pour une organisation comme l'OMS, la prise en charge de l'environnement des individus, au sens large, semblait aller de soi. Certes, les analyses des situations de santé identifiaient, de manière régulière et tout à fait pertinente, les facteurs sociaux, économiques ou culturels qui avaient un impact sur la santé des individus et des groupes de population. L'accent était souvent mis, à juste titre, sur des mesures que le secteur ou les systèmes de santé estimaient pouvoir mettre en œuvre ou superviser, hygiène du milieu, assainissement, salubrité des aliments. La nutrition, cependant, n'avait pas encore acquis l'importance qu'elle a dans le champ de la santé publique, et surtout les malnutritions étaient restées longtemps perçues comme un problème de santé relevant de solutions spécifiques et de la responsabilité du secteur de la santé, les problèmes alimentaires étant pris en charge par une autre agence spécialisée des Nations unies, la FAO.

Si le lien entre la sécurité alimentaire et la santé paraît aujourd'hui aller de soi au travers de cet élément commun qu'est l'alimentation, il aura fallu un certain temps pour que l'on appréhende mieux les interactions complexes qui existent entre facteurs sociaux, économiques, politiques et écologiques et pour que l'état nutritionnel soit finalement perçu comme la résultante de l'ensemble de ces facteurs. Aujourd'hui cette évolution a abouti au fait que l'étendue et la gravité des divers types de malnutritions sont aussi considérées et utilisées, au-delà du secteur de la santé, comme des indicateurs pertinents et fiables du niveau général de développement. Dans le même temps différentes études montraient l'impact spectaculaire de l'amélioration de l'état nutritionnel sur le développement économique, notamment au travers d'une productivité accrue, à court comme à long terme. Cette prise de conscience de l'impact de la nutrition dans le

domaine économique et social a de profondes implications en matière de politiques et de programmes d'intervention.

I. – HISTORIQUE

Dans cette durée limitée, et un peu arbitraire de vingt ans, deux dates sont importantes. D'abord 1974 avec la première conférence mondiale de l'alimentation où le problème majeur à résoudre était celui de la faim et de la sécurité alimentaire globale. D'où la création du Fonds international pour le développement agricole, du Conseil mondial pour l'alimentation, et l'établissement d'une réserve alimentaire d'urgence. Ensuite 1992 avec la tenue à Rome de la Conférence internationale sur la nutrition (CIN), première conférence inter-gouvernementale de ce type, organisée conjointement par la FAO et l'OMS. Pour la première fois aussi, les deux secteurs majeurs concernés par l'alimentation et la santé se réunissaient pour s'attaquer à la triade alimentation, santé et nutrition, dans un contexte d'éloignement du spectre des grandes famines et d'amélioration de la situation alimentaire globale.

Les deux organisations sont ainsi arrivées à la conclusion que : « Pour supprimer les problèmes nutritionnels, il ne suffit pas d'accroître les disponibilités alimentaires globales. Il faut, certes, que des quantités adéquates d'aliments sains et nutritifs soient disponibles pour couvrir les besoins d'une population, mais il faut surtout que les ménages aient un accès convenable aux approvisionnements existants. Les denrées doivent ensuite être convenablement préparées et équitablement distribuées entre tous les membres de la famille. Enfin, pour bénéficier pleinement des aliments consommés, il faut que les individus soient en bonne santé et aptes à absorber et métaboliser efficacement les nutriments. Cela suppose que les gens vivent et travaillent dans un environnement où ils disposent d'une eau propre, d'un assainissement de base et d'un air salubre, qu'ils aient un accès à des services et des soins de santé satisfaisants et qu'ils mènent une vie active et saine. » (FAO/OMS, 1991)

Cette évolution des perceptions de la relation sécurité alimentaire-santé s'est faite au travers de l'analyse des causes des problèmes nutritionnels et de l'élaboration de divers modèles conceptuels. C'est, par exemple, en utilisant un de ces modèles que nous avons arrêté nos objectifs nutritionnels pour l'horizon 2000 au cours du sommet mondial pour l'enfance, tenu en 1990. Ces modèles ont aussi aidé à reconnaître que la sécurité alimentaire à un niveau global, par exemple national, ne suffit pas à garantir la sécurité alimentaire des ménages et des individus. Ainsi, au-delà d'une approche économique globale qui paraissait éloignée des

préoccupations directes du secteur de la santé, l'intérêt s'est étendu à la sécurité alimentaire des ménages. Or ce niveau est traditionnellement celui de référence pour le secteur de la santé, tant pour l'approche de la santé des individus que pour celle des populations; et il nous semble constituer le niveau le plus approprié pour l'analyse des relations de la nutrition avec la sécurité alimentaire mais aussi pour la validation des interventions à différents niveaux.

Dans l'intervalle, la communauté a fait l'objet de beaucoup d'attention de la part des planificateurs et des opérateurs de santé, et ceci à juste titre. Des ressources importantes lui ont été allouées et l'OMS a participé et continue de participer activement à la mise en œuvre de programmes centrés sur la communauté. Cependant, le rôle essentiel de la famille dans le bien-être des individus qui la composent a conduit à s'interroger, non seulement sur la validité, mais encore sur la pertinence des nombreux modèles conceptuels élaborés ces dernières années pour expliquer la malnutrition. En d'autres termes, fallait-il absolument privilégier la communauté aux dépens de la famille et l'approche communautaire était-elle une des meilleures solutions pour résoudre les problèmes de sécurité alimentaire et nutritionnelle des ménages? Quoi qu'il en soit il nous paraît essentiel que l'analyse de la situation des ménages s'inscrive dans le cadre de leur communauté, ce qui permet de prendre en compte la diversité des situations des ménages dans un contexte donné.

Finalement, le document préparatoire de la CIN soulignait, concernant le rôle de la famille : «La répartition intra-familiale, équitable et adéquate, de la nourriture, dépend de la capacité et de la volonté du chef de foyer et des autres dispensateurs de soins de s'assurer que les besoins de chaque membre de la famille sont couverts. Ceci repose sur la compréhension des besoins nutritionnels des membres de la famille; la connaissance des bonnes pratiques diététiques, en particulier en ce qui concerne les nourrissons et les jeunes enfants; la connaissance des principes de salubrité qui régissent la préparation et la conservation des aliments; et, peut-être de manière encore plus importante, la ferme volonté d'assurer le bien-être de chaque individu, associée à l'énergie et au temps à dépenser pour le faire. Cette capacité intangible de «prise en charge» (de l'anglais «caring») est indispensable pour atteindre un bon état de santé et un bon état nutritionnel. Sans elle, en effet, les bénéfices de ressources suffisantes et d'une bonne alimentation ne pourraient se traduire en de meilleures conditions de vie et en apports diététiques améliorés.»

II. — LES RELATIONS ENTRE LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE DES MÉNAGES ET LA NUTRITION DANS DIFFÉRENTS MODÈLES CONCEPTUELS

Plusieurs types de modèles ont permis d'approfondir l'analyse des relations entre la sécurité alimentaire et la nutrition et d'en tirer des implications opérationnelles. Pour illustrer la diversité des modèles utilisés on peut citer trois approches représentatives :

a) Des cadres conceptuels basés sur une approche économique ou mieux macro-économique, tel celui de Per Pinstrup-Andersen (Pinstrup-Andersen, 1987). On peut considérer que le tableau schématique des principales relations entre l'état nutritionnel d'un individu et les nombreuses variables influencées par les crises économiques et les politiques d'ajustements macro-économiques, qu'il a développé, donne une représentation, un peu complexe dans sa forme mais assez exacte, des mécanismes conduisant à la malnutrition (figure 1). L'approche utilisée fait ressortir l'importance des facteurs économiques dans un contexte d'ajustement, et relativise le rôle des systèmes de santé et la place des ménages, à ce niveau macro-économique, ce qui la rend, d'un point de vue opérationnel, assez difficile d'utilisation par le secteur de la santé.

b) Des cadres conceptuels centrés sur les mécanismes «physiopathologiques» ont été également élaborés, tel celui développé principalement par Urban Johnson, à la suite de la mise en œuvre du Programme conjoint OMS/Unicef pour l'appui à la nutrition en Tanzanie (figure 2). Dans ce type de modèle de l'Unicef, l'état nutritionnel au niveau de l'individu est d'abord conditionné par deux facteurs immédiats, un ingéré alimentaire adéquat et l'absence de maladies (Unicef, 1990). Ces deux facteurs dépendent eux-mêmes de causes profondes et fondamentales qui réunissent la majorité des variables prises en considération par le modèle précédent. L'originalité porte sur la manière dont les causes profondes sont regroupées en trois catégories au niveau du ménage, à savoir : la sécurité alimentaire des ménages, l'insuffisance des services de santé en termes d'accès et d'utilisation ainsi que les problèmes d'hygiène du milieu, et enfin la manière dont le ménage prend en charge les individus qui le composent, notamment les plus vulnérables. Le ménage constitue ainsi le dénominateur commun en tant que plus petite unité organisée capable de répondre aux besoins exprimés ou ressentis. Ce schéma permet de mieux appréhender les relations entre santé, alimentation et nutrition, et il a servi de référence pour l'élaboration de certains documents de la CIN.

Dans leur revue sur la sécurité alimentaire au niveau des ménages, Maxwell et Frankenberger (1992) utilisent ce cadre conceptuel pour une analyse des relations avec la nutrition, analyse à laquelle nous souscrivons

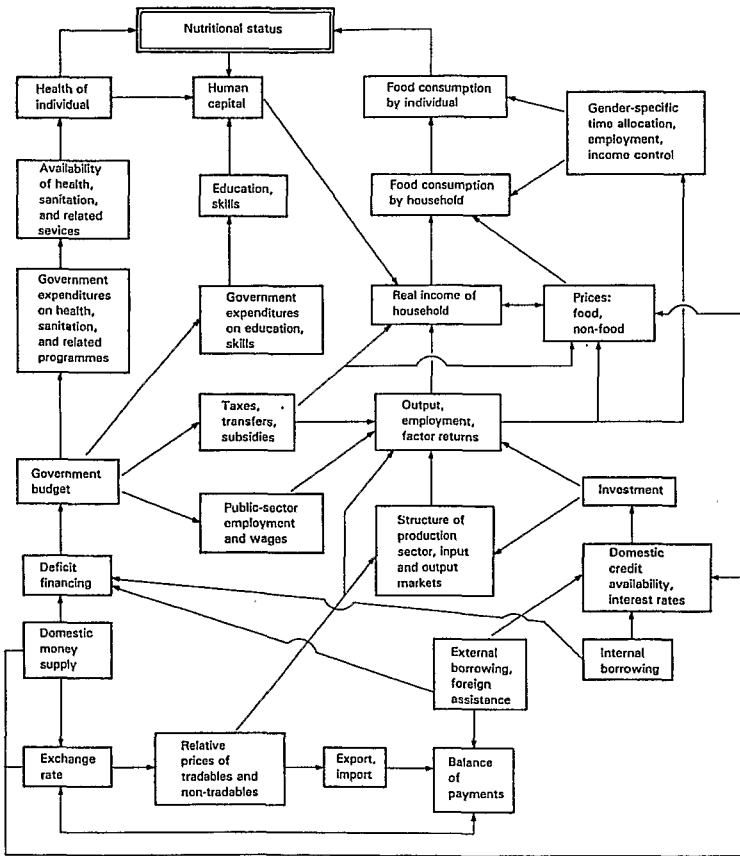


Figure 1

Source : Pinstrup-Andersen (1987).

et qui met notamment en exergue les points suivants. L'amélioration de la sécurité alimentaire est, comme d'ailleurs chacune des autres causes profondes (prise en charge familiale et soins de santé), une condition nécessaire mais non suffisante pour l'amélioration de l'état nutritionnel des différents membres du ménage. En corollaire la malnutrition, par exemple le retard de croissance de l'enfant, ne relève pas toujours d'un problème d'insécurité alimentaire du ménage.

Outre les implications opérationnelles sur lesquelles nous revenons plus loin, l'acceptation du modèle conduit à des implications en matière de mesure de l'insécurité alimentaire. Ainsi, les indicateurs anthropométriques des enfants de moins de 5 ans, largement utilisés en

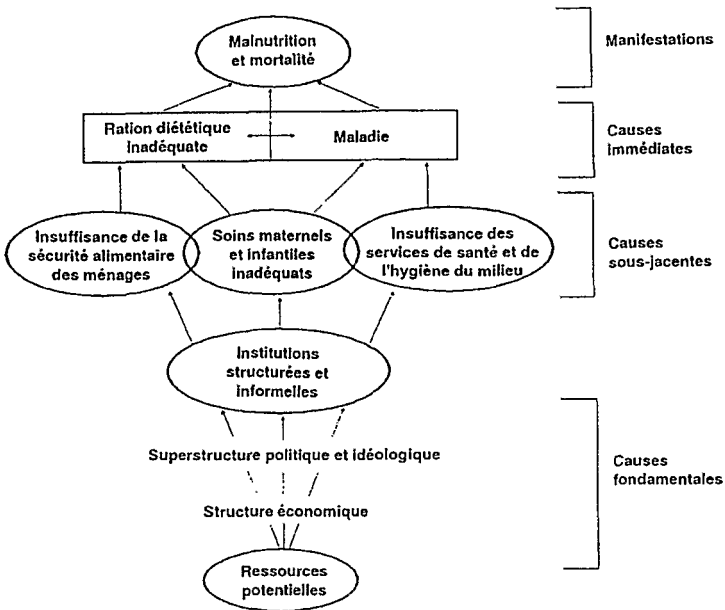


Figure 2

Source : UNICEF (1990)

raison de leur simplicité, sont très sensibles aux aspects liés aux soins maternels, à l'accès aux soins de santé primaire, et à l'hygiène du milieu. Ce n'est que dans la mesure où ces facteurs sont stables que ces indicateurs anthropométriques peuvent refléter directement les variations de sécurité alimentaire; dans tous les autres cas une information sur ces facteurs et la prise en compte de leurs variations est nécessaire.

Le travail de Nancy Mock et ses collaborateurs (Mock *et alii*, 1994), en Guinée rurale, fournit une illustration de l'hétérogénéité des situations nutritionnelles des individus au sein d'un ménage : bien que les corrélations entre l'état nutritionnel des mères et celui des enfants soient bonnes, la sensibilité des indicateurs classiques, pour repérer les familles à risque, est faible; la classification des ménages à haut risque d'insécurité alimentaire demande ainsi l'utilisation de critères additionnels aux indicateurs d'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans.

Un autre travail récent, mené par André Cornu et ses collaborateurs en milieu urbain au Congo (Cornu *et alii*, 1995), montre que dans un contexte de crise économique et d'ajustement l'évolution du statut nutritionnel des enfants de moins de 5 ans diffère de celle des femmes adultes, comme

d'ailleurs les facteurs susceptibles d'expliquer ces évolutions. Dans une optique d'appréciation des risques d'insécurité alimentaire au niveau familial, c'est certainement l'état nutritionnel de l'ensemble des membres de la famille, et pas seulement celui des enfants de moins de 5 ans, qui mériterait d'être mesuré. D'une manière générale, l'état nutritionnel des adultes, apprécié par l'indice de Quételet, est maintenant exploré de manière plus systématique, notamment pour mesurer les risques de carence énergétique chronique (Shetty et James, 1994). Chez les adultes, les variations de l'état nutritionnel semblent plus directement liées aux variations de la sécurité alimentaire, et moins aux autres facteurs.

La qualité des régimes est un autre aspect qui revient sur le devant de la scène. Après qu'un intérêt quasi exclusif a été d'abord porté aux protéines dans les années 60 puis aux calories dans les années 70 et 80, l'accent est remis actuellement sur les micronutriments, notamment la vitamine A, le fer et l'iode, en raison d'une meilleure compréhension des conséquences immenses de leurs carences, ce qu'on appelle maintenant «la faim cachée», et des capacités que l'on a à pouvoir les combattre relativement facilement.

L'hypothèse que les ménages ou les individus, consommant suffisamment de calories, consomment aussi les micronutriments en quantité suffisante a été remise en cause, impliquant ainsi la mise en œuvre de programmes spécifiques de grande ampleur; cependant, l'efficacité au niveau des individus, dès lors qu'il s'agit de programmes de production agricole, reste encore dans une large mesure à démontrer.

Un dernier élément concerne les capacités d'adaptation des familles ou des communautés, qui apparaissent heureusement considérables. Les tentatives d'évaluation de la sécurité alimentaire par des indicateurs économiques globaux, tels que le produit national brut, ne rendent pas compte des différences énormes qui existent entre les groupements humains dans les différentes régions du monde, et des ajustements et adaptations susceptibles d'être réalisés, y compris dans des conditions de pauvreté importante. Ainsi, un revenu de 200 dollars par an pour un paysan du Sahel, même s'il s'agit d'un niveau de pauvreté intolérable qu'il faut améliorer, ne s'accompagne pas obligatoirement de la vision d'un individu amaigri, incapable d'assurer des efforts physiques, comme de garantir la sécurité alimentaire de sa famille.

c) Enfin nous voudrions souligner l'intérêt d'une troisième approche conceptuelle, celle développée par Ivan Beghin (1988) qui ne propose pas un modèle préétabli mais une méthodologie d'analyse des causes visant à construire un modèle causal spécifique de chaque situation, la finalité étant d'établir un diagnostic nutritionnel. L'analyse causale procède par étapes, les grandes étapes pouvant d'ailleurs correspondre aux grandes

séries de causes du cadre conceptuel de l'Unicef, notamment en ce qui concerne la sécurité alimentaire et les soins de santé (figure 3). Il s'agit d'un outil performant dans la mesure où à chaque étape et pour les principales variables il est possible de construire les indicateurs pertinents, et de dégager des interventions mieux adaptées aux circonstances et aux caractéristiques de chaque situation; il permet en outre une appropriation immédiate des concepts et de l'enchaînement des causes par l'ensemble des participants.

III. — LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE DES MÉNAGES :

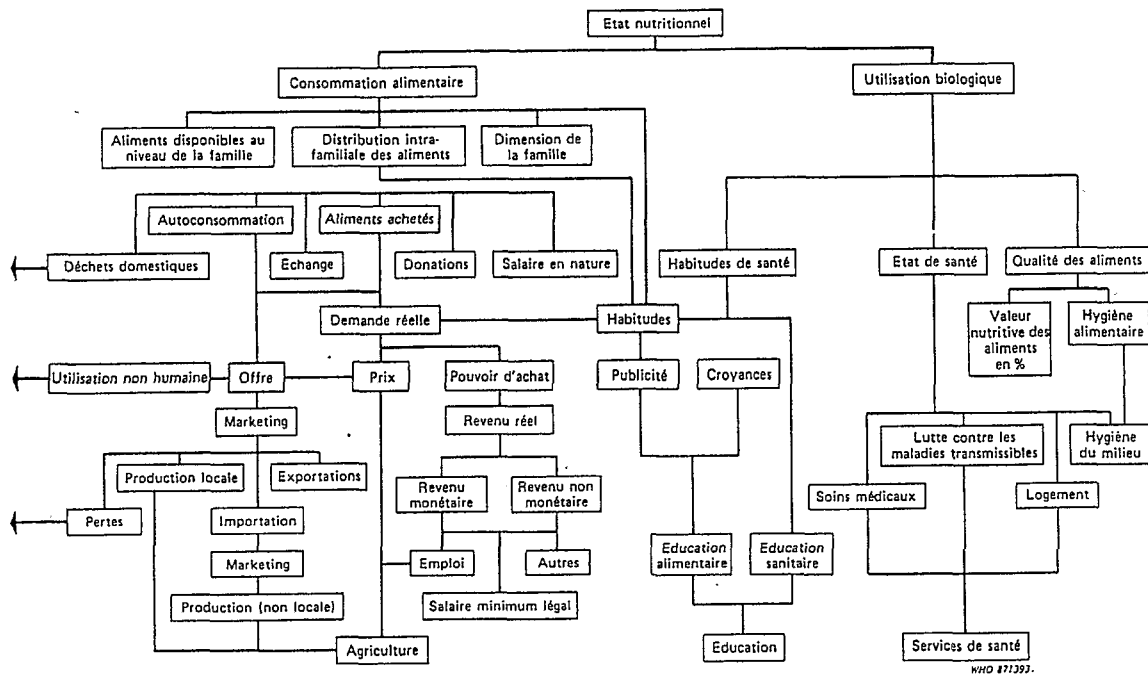
L'ENGAGEMENT POLITIQUE ET LES RECOMMANDATIONS

Les différents modèles proposés montrent bien que les politiques et les programmes visant à améliorer la nutrition au travers de la sécurité alimentaire doivent être mis en œuvre à différents niveaux : international, national, régional, communauté, ménage, individu.

De ce fait, la déclaration mondiale sur la nutrition reconnaît naturellement dans son article 12 (FAO/OMS, 1992a) que les politiques et les programmes doivent être axés sur ceux qui en ont le plus besoin à tous ces niveaux, la priorité étant la mise en œuvre de politiques et programmes qui donnent aux pauvres, en milieu rural comme en milieu urbain, un meilleur accès aux ressources et une plus grande maîtrise de celles-ci, qui augmentent leur productivité et leurs revenus et qui, enfin, renforcent leur capacité à se prendre eux-mêmes en charge.

Cependant, reconnaissant l'importance de la cellule familiale pour assurer l'alimentation, la nutrition et les soins voulus pour répondre aux besoins physiques, mentaux, affectifs et sociaux des enfants et des autres groupes vulnérables, notamment les personnes âgées, la déclaration et le plan mondial d'action engagent aussi à renforcer et à promouvoir cette cellule familiale, unité de base de la société. Il s'agit à cet égard d'un engagement politique concret et de recommandations importantes témoignant de la volonté des gouvernements eux-mêmes de prendre en compte les problèmes inhérents à la sécurité alimentaire des ménages.

Lorsque la cellule familiale ne peut plus faire face à ces responsabilités, c'est bien évidemment la communauté et/ou le gouvernement qui doivent offrir un réseau de soutien aux personnes vulnérables. La CIN a d'ailleurs examiné toutes les conditions d'insécurité alimentaire et nutritionnelle, et en particulier celles rencontrées dans les situations d'urgence et de catastrophe quelles qu'en soient les causes (FAO/OMS, 1992b).



Source : Beghin et alii (1988).

Figure 3

La plupart des modèles s'efforcent d'analyser l'influence et les interactions de différents facteurs d'ordre politique, économique et social, sur la sécurité alimentaire et la nutrition.

Au-delà de ces contraintes externes, reste posée pour la nutrition et la santé à l'échelle individuelle la question du fonctionnement de la cellule familiale et des relations en son sein, car certains membres de la famille sont les victimes préférentielles des situations qui conduisent à la malnutrition.

«Edifier la plus petite démocratie au cœur de la société», tel était le thème retenu pour la première journée mondiale de la famille célébrée le 15 mai 1994, dans le système des Nations unies (OMS, 1994). C'est bien là le cœur du problème : comment fonctionne la démocratie familiale ? L'idée que démocratie et équité sont équivalentes à bien-être nutritionnel et bon état de santé s'applique en effet, assez bien, autant à la famille qu'au fonctionnement des groupes humains plus larges.

On sait parfaitement maintenant que les relations au sein de la famille sont beaucoup plus complexes qu'il n'y paraît et, d'évidence, les relations intra-familiales ont un impact direct sur la sécurité alimentaire, sur l'utilisation des services de santé et sur celle des systèmes sociaux. Ainsi, en ce qui concerne les femmes, l'accent, mis trop exclusivement sur leur rôle de mères, a souvent occulté le rôle essentiel qu'elles jouent par ailleurs, en tant qu'acteurs économiques, sur la sécurité alimentaire des ménages (Kennedy et Haddad, 1992).

IV. — IMPLICATIONS SUR LES POLITIQUES ET LES PROGRAMMES

L'environnement économique international et la lutte contre la pauvreté restent des éléments essentiels dans l'amélioration de la santé et de la nutrition; toutefois, les progrès réalisés dans l'analyse conceptuelle des relations entre la nutrition et la sécurité alimentaire ont des implications fortes sur les politiques et les programmes :

— d'une manière générale, il ne faut pas attendre des programmes de santé et de nutrition un effet direct à court terme sur la sécurité alimentaire, même si un état nutritionnel et de santé satisfaisant est certainement une des conditions de la sécurité alimentaire à long terme;

— d'autre part, on ne saurait espérer des politiques et programmes, qui ont pour objectif d'améliorer la sécurité alimentaire, en particulier les projets de développement rural axés sur la production, qu'ils aient un impact direct sur la nutrition et la santé, s'ils sont conduits isolément.

Certaines interventions sur la sécurité alimentaire peuvent même aller à l'encontre d'un bon état nutritionnel pour certains membres du ménage. Ainsi, les mesures qui encouragent le travail des femmes sont pleinement justifiées du point de vue de la sécurité alimentaire et de la nutrition, les ressources contrôlées par les femmes étant plus souvent dirigées vers l'alimentation et la santé. Cependant, ces mesures, parce qu'elles entraînent une augmentation du temps de travail des femmes, comportent des risques objectifs de diminution des soins maternels aux enfants, si toutes les autres conditions qui constituent l'environnement habituel des femmes restent inchangées. Ces mesures peuvent donc diminuer, voire annuler, l'effet positif de l'augmentation des revenus sur la nutrition. L'exemple classique est celui des projets de développement rural impliquant l'intervention d'une forte main-d'œuvre féminine. Renforcer le statut des femmes constitue ainsi une implication centrale pour assurer l'efficacité des programmes de sécurité alimentaire au niveau des ménages.

Dans ce contexte, l'OMS et le secteur de la santé ont plusieurs rôles à jouer :

– d'abord, renforcer l'impact positif, sur la santé et la nutrition, des mesures qui améliorent la sécurité alimentaire, en atténuant les effets négatifs des autres causes profondes de malnutrition : insuffisance de soins et de prise en charge au niveau de la famille d'une part, accès insuffisant aux soins de santé d'autre part. Il s'agit là des programmes classiques menés ou soutenus par l'OMS : maîtrise de la fécondité, vaccination et lutte contre les maladies infectieuses et parasitaires, supplémentation en micronutriments, promotion de la croissance et du développement de l'enfant, éducation sanitaire et nutritionnelle, communication sociale en faveur des bonnes pratiques alimentaires et de santé, et enfin accès aux soins de santé primaires ciblés sur les ménages à risque. Cette dernière question du ciblage est d'ailleurs d'une importance majeure, le secteur de la santé devant s'impliquer davantage dans les recherches, qui sont encore nécessaires, sur les indicateurs d'appréciation du risque d'insécurité alimentaire et/ou nutritionnelle chez les ménages et les individus ;

– ensuite, le secteur de la santé doit contribuer à renforcer la sécurité alimentaire en favorisant l'utilisation optimale de ce qui est disponible dans les ménages, notamment pour les enfants. La promotion de l'allaitement maternel participe de cette démarche, de même que le renforcement de l'utilisation d'aliments de complément à base de produits locaux, de haute densité énergétique et nutritionnellement équilibrés ;

– d'une manière plus large, la reconnaissance que la sécurité alimentaire ne se limite pas à des aspects quantitatifs, mais concerne aussi la qualité des régimes, offre l'opportunité pour l'OMS de développer, avec

un grand nombre d'autres agences (Unicef, FAO, Banque mondiale), des programmes qui visent à satisfaire les besoins en micronutriments;

– enfin, un des rôles du secteur de la santé est aussi de vérifier, en relation étroite avec les autres secteurs, que les mesures générales prises pour améliorer la sécurité alimentaire, de même que les projets de développement, n'ont pas d'effets néfastes sur la santé et la nutrition des bénéficiaires : l'introduction d'objectifs nutritionnels dans les politiques et les programmes de développement, ainsi que l'évaluation, l'analyse et la surveillance nutritionnelle, constituent, de fait, deux des stratégies du plan mondial d'action pour la nutrition de la CIN (FAO/OMS, 1992a). Dans ce domaine, le secteur de la santé a également un rôle à jouer dans le développement des capacités d'analyse des problèmes de nutrition et de sécurité alimentaire, au niveau local, afin de promouvoir les interventions nécessaires pour et par les communautés et les ménages.

CONCLUSION

Si l'OMS et le secteur de la santé n'ont pas pour rôle direct d'améliorer la sécurité alimentaire des ménages, ils ont de nombreux rôles à jouer dans leur secteur de compétence, en synergie avec les autres secteurs, d'abord en luttant contre les autres causes de malnutrition et en renforçant ainsi les effets positifs sur la nutrition des politiques et programmes de sécurité alimentaire, mais aussi en analysant et finalement en contrebalançant, le cas échéant, les effets négatifs potentiels de ces programmes. Cette synergie ne peut être pleinement réalisée que si un consensus minimum sur les causes d'insécurité alimentaire et de malnutrition, et par suite sur les politiques à conduire et les mesures à prendre, est partagé par les différents secteurs et agences concernés. L'utilisation d'un cadre conceptuel commun par la CIN a été l'un des éléments décisifs pour favoriser l'adoption d'un tel consensus; il doit en être de même lors de l'élaboration des plans d'action pour la nutrition et de la mise en œuvre d'interventions, que ce soit au niveau national, régional ou local.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BEGHIN I., CAP M., DUIARDIN B., *Guide pour le diagnostic nutritionnel*, OMS, Genève, 1988.
- CORNU A., MASSAMBA J.P., TRAISSAC P., SIMONDON F., VILLENEUVE P., DELPEUCH F., «Nutritional Change and Economic Crisis in an Urban Congolese Community», *International Journal of Epidemiology*, Vol. 23, n° 6 (sous presse), 1995.

- FAO/OMS, *Meeting the Nutrition Challenge*, a Joint FAO/WHO Framework Paper, Unpublished Document, October 1991.
- FAO/OMS, *Les grands enjeux des stratégies nutritionnelles. Conférence internationale sur la nutrition*, FAO/OMS, Rome, 1992a.
- FAO/OMS, *Déclaration mondiale et plan d'action pour la nutrition. Rapport final sur la Conférence internationale sur la nutrition*, FAO/OMS, Rome, 1992b.
- KENNEDY E., HADDAD L., «Food Security and Nutrition. 1971-1991. Lessons Learned and Future Priorities», *SCN news*, n° 8, 1992, p. 8-9.
- MAXWELL S., FRANKENBERGER T.R., *Household Food Security : Concepts, Indicators, Measurements. A Technical Review*, IFAD/Unicef, Rome, New York, 1992.
- MOCK N.B., MAGNANI R.J., ABDOH A.A., KONDE M.K., «Intra-Household Correlations in Maternal-Child Nutritional Status in Rural Guinea : Implications for Programme-Screening Strategies», *Bulletin WHO*, n° 72, 1994, p. 119-127.
- OMS, *L'OMS célèbre la première journée internationale des familles*, Communiqué OMS/39 du 13 mai 1994, Genève, 1994.
- PINTRUP-ANDERSEN P., «Macroeconomic Adjustments Policies and Human Nutrition : Available Evidence and Research Needs», *Food Nutrition Bulletin*, Vol. 9, n° 1, 1987, p. 69.
- SHETTY P.S., JAMES W.P.T., *Body Mass Index. A Measure of Chronic Energy Deficiency in Adults*, FAO Food and Nutrition Paper 56, FAO, Rome, 1994.
- UNICEF, *Stratégie visant à améliorer la nutrition des enfants et des femmes dans les pays en développement*, Unicef, New York, 1990.

NOTES

On trouvera d'autres références utiles dans la Déclaration mondiale et le plan d'action pour la nutrition :

- point 2 de la partie I, objectifs clés, paragraphe 5;
- partie IV, Stratégies et mesures à prendre : 1) Intégrer dans les politiques et programmes de développement des objectifs, des considérations et des éléments d'ordre nutritionnel : paragraphe 27, alinéa a. 2) Améliorer la sécurité alimentaire des ménages : paragraphes 29, 30 et 31, notamment alinéas a. 6) Prise en charge des personnes défavorisées sur le plan socio-économique et vulnérables sur le plan nutritionnel : paragraphes 35, 36. 7) Prévenir et combattre les carences en micronutriments : paragraphe 43. 9) Evaluer, analyser et surveiller la situation nutritionnelle.

ÉCONOMIES ET SOCIÉTÉS

LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE A COURT ET A LONG TERME

Président de
II), Christian
y (Université
er (Université
rie Chevalier
ESS), Renato
Bernard Du-
ité Lumière -
Marne-la-Val-
nce - Greno-
ré Larceneux
de Pau et des
ère - Lyon II),
lassis (Univer-
s I), Alain Par-
(Université de
ri Savall (Uni-
NRS), Robert
versité Paris I).

Editeurs :

Martine Padilla, Hélène Doco-Lesur

76 82 56 54

Sociétés »

Kraus Reprint,

Cahiers de l'ISMÉA
Série Développement agro-alimentaire
A.G. n°22
Mars-Avril 1995

SOMMAIRE

La sécurité alimentaire à court et à long terme

Avant-propos : Louis Malassis	13
Thème 1 – Les concepts de sécurité alimentaire	15
• Sécurité alimentaire : l'offre	17
Per Pinstруп Andersen	
Rajul Pandya-Lorch	
La sécurité alimentaire considérée du point de vue de la santé	37
Djamil Benbouzid	
Francis Delpeuch	
Bernard Maire	
Bruno de Benoist	
• Détermination de la structure de la sécurité alimentaire au niveau global : cadre d'analyse des politiques du secteur agro-alimentaire	51
Ali Aslan Gürkan	
• La sécurité alimentaire à court terme et long terme	67
Uwe Kracht	
Thème 2 – Politique économique globale et sécurité alimentaire	77
Sécurité alimentaire dans les pays en transition : le cas de la Roumanie	79
Angela Gaburici	
Impact de la dévaluation du franc CFA sur la consommation alimentaire à Abidjan	91
Francis Akindès	
• Ajustement structurel et sécurité alimentaire : le cas du Mozambique	111
Joao Mosca	
Felisa Ceña-Delgado	

Thème 3 – Les politiques alimentaires de la sécurité	127		
Sécurité alimentaire en République centrafricaine : un produit de la régulation sociale	129		
P. Byé J.-P. Frey			
Stratégies des ménages ruraux en matière de sécurité alimentaire dans un contexte d'ajustement structurel : le cas de la province du Passoré au Burkina Faso	145		
Sylvain Larivière Frédéric Martin Kimsey Savadogo			
Ruptures d'approvisionnement alimentaire à Voronej (Russie) : un problème de coordination verticale	167		
Jean-François Soufflet			
Vulnérabilité alimentaire dans l'espace et dans le temps : les stratégies des acteurs ruraux et les politiques nationales : exemples pris en Haïti, en Inde (état du Karnataka) et en Thaïlande (Nord-Est)	187		
Doryane Kermel-Torrès Pierre-Jean Roca			
Thème 4 – Politiques agricoles de la sécurité	201		
Sécurité alimentaire au Brésil : les thèses de l'agribusiness remises en cause par les ONG	203		
Wilson Schmidt Victor Pelaez			
Relations entre coton et vivriers en Afrique de l'Ouest et du Centre. Le coton affame les populations ? Une fausse affirmation	221		
Georges Raymond Michel Fok			
La sécurité alimentaire et le processus de planification du développement rural	235		
Eduardo Ramos Real José Juan Romero Rodriguez			
		L'impact des marchés financiers ruraux sur la sécurité alimentaire des populations pauvres : le cas du Cameroun	249
		Gertrud Schrieder Franz Heidhues	
		Concepts et instruments de prévisions alimentaires des pays d'Afrique sahélienne	269
		Michel Benoit-Cattin Jean-François Ruas	
		Compétition cultures d'exportation/cultures vivrières : cas de la région d'Alépé en Côte-d'Ivoire	281
		Paul Séca Assaba	
		Politique céréalière et sécurité alimentaire dans la décennie 80 au Venezuela : une évaluation	297
		Guy Durand Jérôme Faure Claude Torre	
		Thème 5 – Commercialisation et sécurité alimentaire	315
		Sécurité alimentaire dans les pays développés : l'impact de l'accord du GATT et de la réforme de la PAC	317
		Samir Mili Mario Mahlau	
		Les effets de l'adhésion de l'Espagne à la CEE sur ses échanges agro-alimentaires	329
		Fernando Ramos Real Ana Cristina Gómez Muñoz Tomas de Haro Giménez Antonio Titos Moreno	
		Coopération régionale, commerce international et sécurité alimentaire : contribution à la modélisation des politiques commerciales régionales dans les zones d'insécurité alimentaire en Afrique sub-saharienne	349
		Ernst-August Nuppenau	
		Accroissement des exportations agricoles et sécurité alimentaire au Viêt-nam	361
		Philippe Burny, Philippe Lebailly	