

GT2. Sécurité alimentaire
22-24 août 2013. San José, Costa Rica

**Impact du modèle de consommation actuel sur
la sécurité alimentaire**

Xavier Cabada
Alejandro Calvillo

Introduction

« La sécurité alimentaire existe quand tous les êtres humains ont, à tout moment, la possibilité physique et économique de se procurer une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins et préférences alimentaires pour mener une vie saine et active. » La sécurité alimentaire est l'état dans lequel toutes les personnes jouissent, de façon opportune et permanente, de l'accès physique, économique et social aux aliments dont ils ont besoin, tant quantitativement que qualitativement, pour une consommation et une utilisation biologique adéquates, garantissant ainsi un état de bien-être général qui contribue à leur développement (FAO, 2012).

La sécurité alimentaire est composée de quatre éléments qui contribuent à sa pleine réalisation : la *disponibilité* d'une quantité suffisante d'aliments ; l'*accès* à ces aliments, ce qui implique que les gens auront accès à des ressources pour acquérir des aliments adéquats et nutritifs ; que ces aliments possèdent une *utilité biologique*, c'est-à-dire, que ce soit des aliments de qualité ; et, enfin, la *stabilité*, c'est à dire, l'absence totale de risque lié à l'accès à la nourriture en raison de crises soudaines (CONEVAL, 2010).

Tous les êtres humains ont le droit de vivre en jouissant d'une pleine sécurité alimentaire, cependant dans la plupart des pays ce n'est pas le cas.

L'absence de politiques publiques efficaces dans le domaine de la santé alimentaire est un facteur qui a entravé une pleine jouissance de la sécurité alimentaire pour la population. Actuellement, tant les pays économiquement développés que les pays en voie de développement sont atteints d'une épidémie de surpoids, d'obésité et de diabète (ENSANUT, 2012). Ce qui est plus grave encore, les pays en développement portent le double fardeau de la dénutrition et de l'obésité, et des maladies associées à ces affections.

La consommation de produits alimentaires sujets à de nombreuses transformations a créé une situation qui a été dénommée « environnement obésogénique », c'est-à-dire, qui favorise l'obésité et les maladies qui y sont associées. La prévalence d'une consommation d'aliments à forte densité énergétique et avec un contenu nutritionnel faible ou nul implique un risque, à savoir de graves problèmes de santé et la détérioration de la qualité de vie de la population en général et des enfants en particulier.

Détérioration des habitudes alimentaires et conséquences sur la santé

Au cours de ces dernières décennies, le monde a connu une transition alimentaire profonde qui entraîne des conséquences graves pour la santé. Suite à la promotion et à la consommation massive de produits alimentaires et de boissons riches en sucre, en graisse et en sel, on a constaté une augmentation très

importante de l'incidence de maladies telles que le diabète, l'obésité et les troubles cardiovasculaires (Rivera et al, 2002).

Tandis que jadis ces affections étaient typiques de la population urbaine, actuellement on constate leur forte présence dans les zones rurales. Dans ce contexte on observe aussi une plus grande fréquence d'autres maladies associées à la détérioration des habitudes alimentaires, comme la malnutrition et l'anémie.

Le Mexique est devenu un lieu privilégié de consommation de différents aliments et boissons industrialisés qui ont contribué à l'émergence de problèmes liés à la mauvaise nutrition et de l'obésité dans le pays (Ludwig et al, 2001). Tel est le cas de la marque de boissons gazeuses Coca Cola, qui a réussi, par les biais de stratégies de marketing, à faire du Mexique le pays où l'on trouve la plus grande consommation par tête de ses produits. La consommation de Coca Cola au Mexique représente 12% de la totalité de ses ventes dans le monde entier. L'alimentation du Mexicain moyen n'est plus basée sur une nourriture traditionnelle composée principalement de haricots, de maïs, de riz, d'avoine, de lait, de fruits et de légumes, et a été remplacée par des produits qui sont nocifs pour la santé (Avila-Curiel et al., 2008).

Le Mexique est un des pays d'Amérique latine où l'on trouve les taux les plus élevés de malnutrition, de surpoids ou d'obésité chez les enfants (actuellement on sait qu'en Amérique latine environ 25% des enfants souffrent de malnutrition) (ENAL 1996 ENSANUT 2006, OMS, 2009). Cette situation implique une menace sérieuse pour la santé des enfants et des adolescents, puisqu'ils sont destinés à être des adultes *malades* à cause des affections liées à la mauvaise alimentation. Il y a une proportion alarmante d'enfants souffrant de malnutrition chronique qui, à cause d'une sous-alimentation prolongée ou de carences de facteurs nutritifs, sont atteints, parfois de manière irréversible, dans leur développement, ce qui est reflété par des indicateurs taille/âge anormaux.

Plusieurs études ont démontré que l'enfant souffrant de malnutrition est plus susceptible de développer des séquelles pour la vie ou de devenir obèse. Cela est dû à notre composition génétique, étant donné qu'une carence quelconque pendant l'enfance détermine que le corps sera « programmé » pour réduire sa dépense calorique tout en économisant de l'énergie. Il s'agit d'un mécanisme de survie (Torun et Viteri 2002, Avila-Curiel et al., 2008).

Les changements nutritionnels provoquent différents problèmes de santé : chez les enfants âgés de 5 à 11 ans, le surpoids et l'obésité ont augmenté de 40% en seulement 7 ans et, au cours de cette même période, la circonférence moyenne des femmes en âge de procréer a augmenté de 10 centimètres (1999-2006). Parmi les personnes de plus de 20 ans, 71,9% des femmes (environ 24.910.507) et 66,7% des hommes (environ 16.231.820) présentent un surpoids ou sont obèses. Un adolescent sur trois (indépendamment du sexe) souffre de surpoids ou d'obésité. Parallèlement, l'incidence de diabète a augmenté de 3% par an. Selon l'Institut national de santé publique, le coût lié au traitement du diabète est supérieur à 3 milliards de pesos. La Commission mexicaine sur la macroéconomie et la santé signale que les coûts indirects sont 6,6 fois plus élevés que les coûts de traitement, soit près de 20 milliards de pesos (ENSANUT, 2006).

Le changement des habitudes alimentaires basés sur la substitution d'une alimentation de type traditionnel par des aliments transformés industriellement est nuisible à bien des égards : du point de vue physique, car il affecte directement la santé (Bremer et Lustig, 2012); du point de vue émotionnel, étant donné que la maladie favorise la dépression et la diminution de l'estime de soi ; du point de vue environnemental à cause des niveaux élevés de déchets générés, et du point de vue économique, puisque ces aliments sont chers. Ce changement exerce également un impact culturel, car des aliments et des pratiques traditionnels sont remplacés par des produits qui ne nourrissent pas le corps, et encore moins l'esprit. Il est préoccupant de constater que ce phénomène a lieu là où il n'existe pas d'infrastructure adéquate pour pouvoir combattre les effets nocifs provoqués par le changement des habitudes alimentaires.

Modèle de consommation et politiques affectant la sécurité alimentaire

La corrélation existant entre la consommation d'aliments riches en sucre, en graisse et en sel et un état de dépendance de ces produits a été clairement démontrée. D'autre part, il a été constaté que la combinaison de ces ingrédients à des concentrations élevées provoque une dépendance similaire à celle associée aux opiacés. Cette relation s'explique par la libération d'endorphines, phénomène qui est appelé « circuit opioïde » ou « circuit du plaisir » et qui suscite un plaisir très similaire à celui associé à des drogues telles que les opiacés. Ainsi, la combinaison de deux ou trois de ces ingrédients en concentrations élevées active des circuits neurologiques qui nous poussent à manger chaque fois davantage. Ce comportement a été constaté tant chez les humains que chez les animaux (Avena et al., 2002).

Il a été signalé que toute la population (et surtout les enfants) est exposée à une plus grande présence d'aliments appartenant à la catégorie dénommée de la « malbouffe » dont l'accès devient de plus en plus aisé. Il existe une grande disponibilité d'aliments à forte densité énergétique et de boissons sucrées à l'intérieur et aux alentours des écoles, des hôpitaux, des cliniques, des centres de santé et des lieux de travail. En outre, il existe une faible disponibilité de fruits et de légumes, et on constate une telle absence d'eau potable que pour de nombreuses populations il est plus facile d'accéder à une boisson gazeuse qu'à de l'eau, de sorte que les gens sont obligés de consommer ce genre de boissons.

Les études effectuées mettent l'accent sur trois effets principaux associés à la consommation d'aliments à forte densité énergétique et possédant des concentrations élevées de sucre, de graisse et de sel : 1) ces produits sont associés à un risque de dépendance similaire à celle créée par la cocaïne, puisqu'ils agissent à travers le même circuit opioïde activé par l'ingestion de cocaïne ou d'une substance opiacée ; 2) ces aliments favorisent la consommation compulsive et annule la sensation de satiété, et 3) ils déterminent une consommation croissante de sucre, de graisse et de sel (Kessler, 2009).

Une étude menée aux États-Unis révèle que la consommation moyenne de sucre chez les enfants varie entre 15 et 20 cuillérées à café par jour (Johnson et al., 2009). Cette quantité équivaut à plus de trois fois la quantité établie comme acceptable pour un enfant. Au Mexique nous ne sommes pas si loin de ces chiffres. Selon l'Association Américaine des maladies du cœur (*American Heart Association, AHA*) un enfant en âge préscolaire ou scolaire ne devrait pas consommer plus de 3 à 4 cuillérées à café de sucre par jour. Cette quantité de sucre est celle qui est présente dans moins d'une demie tasse (110 ml) de jus de fruit. Il y a donc des centaines de produits sur le marché qui contiennent des quantités élevées de sucre, de graisse et de sel et qui pourtant sont promus comme des aliments sains, induisant ainsi les gens en erreur. Cette situation a de graves répercussions sur la santé.

Aliments sains

A une époque où la cuisine traditionnelle mexicaine a été déclarée patrimoine de l'humanité par l'UNESCO, il est essentiel, ne serait-ce que pour être cohérents, de renforcer nos habitudes alimentaires ancestrales grâce à des programmes d'orientation destinés aux parents par le biais de textes d'éducation élémentaire et de l'édition de livres de recettes régionales qui permettent de récupérer le prestige que mérite notre savoureuse alimentation traditionnelle du Mexique, pays classé comme le quatrième au monde en ce qui concerne la richesse de la biodiversité et qui contient 62 cultures autochtones qui ont su vivre en relation étroite avec la nature en utilisant ce qu'elle nous offre et ce qui est cultivé dans les champs de maïs (*milpas*) avec une remarquable créativité, sans qu'il soit nécessaire de recourir aux OGM.

La cause principale de l'épidémie de diabète qui ravage le Mexique est la détérioration accélérée des habitudes alimentaires de la population mexicaine, ce qui se manifeste surtout par la forte baisse de la consommation de fruits et de légumes, de céréales et de légumineuses faisant partie de notre alimentation traditionnelle : le maïs et les haricots.

Il faut signaler que le maïs et les haricots sont des produits de grande valeur dans notre culture alimentaire, car ils étaient la base de l'alimentation traditionnelle mexicaine. Cependant, tandis que la

consommation de ces aliments naturels et autochtones est en baisse, celle des farines raffinées, des boissons gazeuses et, en général, des aliments et des boissons hautement transformés a augmenté de façon exponentielle au point de faire des mexicains les plus grands consommateurs de boissons gazeuses et de soupes instantanées du monde (Manifeste pour la santé alimentaire, 2012).

Politiques publiques défailtantes

Il existe des politiques publiques mises en œuvre par le gouvernement pour lutter contre le surpoids, l'obésité et la malnutrition, mais en général elles n'ont exercé aucun impact positif et parfois ont même eu des résultats opposés. Le programme gouvernemental intitulé « Oportunidades » (Opportunités) en est un exemple.

Un aspect qui est assez ironique c'est que l'aide du programme gouvernemental « Oportunidades » au lieu d'avoir un impact positif sur la communauté exerce apparemment un effet négatif. Selon les témoignages des gens concernés, l'argent reçu finit par être utilisé pour acheter des aliments appartenant à la catégorie de la malbouffe ou de la bière. Le jour où les gens reçoivent leur argent, des marchands ambulants s'installent près des centres de santé et leur offre des aliments de type malbouffe, des *antojitos* (amuse-gueules) et de la bière.

C'est ainsi que les gens deviennent des intermédiaires entre le gouvernement et les grands monopoles. Des données dérivées d'enquêtes menées par le INNSZ indiquent qu'au sein de la population qui reçoit l'aide du programme « Oportunidades », les taux de malnutrition en général sont plus élevés que ceux enregistrés auprès des populations qui ne reçoivent pas cette aide, comme le montre le tableau ci-dessous (Chavez- Villasana et Avila-Curiel, 2009).

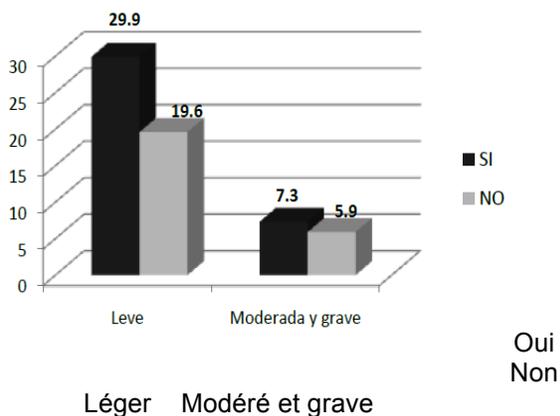


Figure 1. Comparaison des niveaux de malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans participants et ne participant pas au programme « Oportunidades ».

Un autre programme proposé par le gouvernement a été l'Accord national sur la santé alimentaire, auquel ont participé toutes les agences gouvernementales nécessaires pour améliorer le problème de santé dans le pays. Ce programme fixait dix objectifs, notamment l'accès à l'eau potable et la réalisation de campagnes massives sur la nutrition, la protection de l'allaitement, l'étiquetage et la publicité trompeuse. Le problème avec ce programme c'est qu'il était volontaire et qu'aucun budget n'a été assigné à sa mise en œuvre (ANSA, 2010).

Discussion et conclusions

Il est important de promouvoir une vraie amélioration des habitudes alimentaires de la population pour que petit à petit ces changements soient incorporés par chaque famille et par la société dans son ensemble. Il est nécessaire d'adopter des mesures d'urgence pour combattre l'épidémie qui affecte notre population.

S'attaquer au problème nutritionnel dans des zones critiques est faisable ; de nombreux pays, comme le Sri Lanka, la Chine, le Costa Rica, le Chili, Cuba, le Brésil, la Norvège et la Finlande, ont obtenu de bons résultats avec des programmes techniquement ciblés de surveillance nutritionnelle, de détection de la malnutrition et de mesures pour la combattre, d'enrichissement des aliments de base afin d'obtenir une valeur nutritive adéquate à faible coût, de sécurité alimentaire des ménages, d'éducation, de développement durable, etc. (EPC, 2012).

Afin d'assurer la viabilité sanitaire et financière de la population mexicaine et du pays, la mesure suivante a été proposée (Manifeste pour la santé alimentaire, 2012) : rendre obligatoire l'approvisionnement en eau potable purifiée dans les écoles et dans les espaces publics et commerciaux en tant que devoir inaliénable du gouvernement fédéral et des gouvernements des états et des municipalités.

Garantir que toutes les institutions éducatives ne proposent que des choix alimentaires sains structurés en menus et non pas comme des aliments individuels industrialisés. L'alimentation dans l'environnement scolaire doit être basée sur une nourriture familiale ou de type cantine scolaire, structurée et supervisée selon les normes techniques qui garantissent leur qualité nutritionnelle et hygiénique. Il est nécessaire de promouvoir activement le remplacement rapide et progressif des buffets scolaires par des cantines et des espaces scolaires proposant une alimentation saine.

Protéger les enfants contre la publicité qui favorise les mauvaises habitudes alimentaires, tel que l'établit l'article 17, point e, de la Convention relative aux droits de l'enfant : « Les États Parties favorisent le développement de principes directeurs appropriés destinés à protéger l'enfant contre l'information et contre les matériels qui nuisent à son bien-être... ». Dans ce cadre, interdire la publicité et la promotion d'aliments et de boissons destinés aux enfants sur tous les médias disponibles, télévision, Internet, téléphones portables et espaces dédiés aux enfants, tels que les écoles et les centres récréatifs. La seule exception à cette règle serait la promotion d'aliments recommandés du point de vue nutritionnel.

Mettre en place un étiquetage obligatoire pour tous les aliments et boissons ayant été transformés industriellement afin de fournir, de façon simple et claire, leur teneur en sucre, leur teneur totale en graisses, en graisses trans et saturées et en sodium, et les quantités élevées, moyennes ou faibles de ces ingrédients. Les étiquettes doivent avertir des risques posés par la consommation régulière de produits contenant une grande quantité de ce type d'ingrédients.

Promouvoir une campagne nationale d'orientation alimentaire massive et permanente qui établisse clairement la distinction entre les aliments recommandés pour une alimentation saine et les produits alimentaires et les boissons non recommandés.

Fixer un impôt sur les boissons gazeuses et les produits appartenant à la catégorie de malbouffe pour allouer des ressources à l'approvisionnement en eau à travers des fontaines d'eau potable dans tout le pays, et notamment dans les écoles et dans les communautés les plus pauvres, et pour réduire les coûts liés au traitement des maladies provoquées par le surpoids et par l'obésité.

Assurer la sécurité et la souveraineté alimentaire en priorisant la promotion de petites et moyennes unités de production rurales et en assurant une production durable et diversifiée d'aliments quantitativement et qualitativement adéquats et leur disponibilité pour l'ensemble de la population nationale. Il est également essentiel que l'alimentation des Mexicains soit conforme à leurs traditions culturelles, ce qui implique de mettre fin à la dégradation de l'environnement naturel et prioriser des produits alimentaires, tels que, entre autres, l'immense variété de maïs mexicain, les haricots, les *quelites* et les fruits autochtones, qui ont démontré leur qualité nutritionnelle durant des millénaires et qui méritent d'être spécialement protégés en raison de leur origine mexicain.

Exiger de l'État le respect de l'accord du Code international de l'OMS/UNICEF sur la commercialisation des substituts du lait maternel signé par le gouvernement mexicain et promouvoir les recommandations concernant l'allaitement maternel proposées par les organismes gouvernementaux eux-mêmes ; c'est-à-

dire : « l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois à volonté, l'introduction d'aliments complémentaires et la poursuite de l'allaitement ».

Pour que le pays soit viable du point de vue sanitaire et financier, il faut des politiques publiques qui mettent l'intérêt de la population au-dessus des intérêts des entreprises qui cherchent à renforcer leurs monopoles tout au long de la chaîne agroalimentaire, depuis les processus de production (semences brevetées et produits agrochimiques) jusqu'à la commercialisation des céréales et aliments.

Références

1. Adolfo Chávez Villasana y Abelardo Ávila curiel. Complementariedad y articulación entre los programas gubernamentales de nutrición y de abasto. Informe sobre la pertinencia de las normas y ordenamientos actuales vinculados con la nutrición y el abasto. 2009
2. Avena NM, Chadeayne A y Hoebel BG. Evidence that intermittent, excessive sugar intake causes endogenous opioid dependence. Colantuoni C, Rada P, McCarthy J, Patten C, Obesity Research 2002;(1):6:478-488
3. Ávila-Curiel A., Chávez-Villasana A. y Ávila-Across MA. La situación nutricional de la población mexicana. Rumbo Rural, 2008;09;4. 64-87
4. Bremer AA y Lustig RH. Effects of sugar-sweetened beverages on children. Pediatric Annals 2012 41:1
5. Cambios en la situación nutricional de México 1990-2000, a través de un índice de riesgo nutricional por municipio. Editor José Antonio Roldán Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México 2003.
6. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Dimensiones de la seguridad alimentaria: evaluación estratégica de nutrición y abasto. 2010.
7. Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. Lancet 2001; 357: 505-08
8. El Poder del Consumidor. Avanzan leyes antiobesidad en Latinoamérica, en México no. Disponible en: <http://www.elpoderdelconsumidor.org/saludnutricional/avanzan-leyes-contra-obesidad-en-america-latina-en-mexico-no/>. 2012
9. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shama-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Cuernavaca, Méxic: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
10. Johnson RK, Appel LJ, Brands M et al. Dietary sugars Intake and Cardiovascular Health, a Scientific Statement from the American Heart Association. Circulation.2009;120:1011-1020.
11. Juan Rivera, Simón Barquera, Fabricio Campirano, Ismael Campos, Margarita Safdie y Victor Tovar. Epidemiological and nutritional transition in México: rapid increase of non-communicable chronic diseases and obesity. Public Health Nutrition 2002;5(1A), 113-122.
12. Kessler, T. The end of overeating. Blackraven press. New York, 2009.
13. Manifiesto por la Salud Alimentaria. Alianza por la Salud Alimentaria. México, 2012. Disponible en: <http://alianzasalud.org.mx/images/manifiesto-por-la-salud-alimentaria.pdf>
14. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Comité de derechos humanos para la infancia, 2009.
15. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe. Resumen Ejecutivo. 2012
16. Secretaria de Salud. Bases técnicas del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad, México; 2010.
17. Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Rivera-Dommarco JA. Resultados de Nutrición de la ENSANUT 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2007.
18. Torún V, Viteri F. E. Desnutrición calórico-protéica. En Nutrición en Salud y Enfermedad. Shils. 9ª. Edición México. Mc Graw Hill;2002:1103-34.