

## Situation nutritionnelle dans le monde : changements et enjeux

Francis Delpeuch, Bernard Maire

Le Sommet mondial de l'alimentation, réuni au siège de la FAO à Rome du 13 au 17 novembre 1996, avait pour objectif de résoudre la question de la faim et de l'insécurité alimentaire. Dans la mesure où il s'agit aussi de contribuer à éliminer les malnutritions en s'attaquant à leurs causes fondamentales, il est essentiel que soit prise en compte la véritable nature des problèmes nutritionnels. Or, en dépit d'une situation nutritionnelle mondiale qui s'améliore lentement depuis plusieurs décennies, la scène reste dominée par la persistance massive des problèmes de sous-alimentation et de malnutrition par carences, au Sud, et des maladies chroniques liées au régime alimentaire, au Nord.

Depuis quelques années sont cependant apparus des changements considérables dans la perception que pouvait avoir la communauté internationale de la nature des problèmes nutritionnels, de leur relation avec la pauvreté et de leur impact sur le développement : origine plurifactorielle des malnutritions, réévaluation de l'ampleur des carences en micronutriments, conséquences des malnutritions de toute nature sur le développement des sociétés. Ces changements offrent de nouvelles perspectives d'approche dans la prévention et la lutte contre les malnutritions.

Aux problèmes persistants de malnutrition s'ajoute l'émergence récente, dans les pays à faible ou moyen revenu, des maladies chroniques non transmissibles liées à l'alimentation. Elle s'accélère avec l'urbanisation et pose déjà un problème de santé aigu dans certains pays à croissance économique rapide, avec un coût élevé pour les systèmes de santé. La maîtrise de cette évolution constitue un nouvel enjeu majeur, autant pour ces systèmes de santé que pour la sécurité alimentaire à l'échelle mondiale.

Combattre la faim et la malnutrition tout en limitant les effets néfastes potentiels de cette transition suppose une nouvelle approche, au-delà des considérations économiques et de production qui dominent les discours et pratiques habituels. Selon la définition même donnée par la FAO [1] et la Banque Mondiale, la finalité de la sécurité alimentaire est bien que les gens puissent mener une vie saine et active. Cette finalité est-elle réellement prise en compte par les prospectives, les politiques et les programmes actuels ?

### Des problèmes nutritionnels persistants malgré les efforts

L'analyse des problèmes nutritionnels dans le monde lors de la Conférence internationale (FAO/OMS) sur la nutri-

tion qui a eu lieu à Rome en 1992 [2], a bien montré que la sous-alimentation et la malnutrition restent largement répandues : un cinquième de la population des pays en développement (PED) est sous-alimentée, 192 millions d'enfants sont atteints de malnutrition et plus de deux milliards de personnes sont exposées à des carences en micronutriments, notamment en iode, en vitamine A et en fer (*encadré 1*).

Un fait nouveau est la réapparition de problèmes nutritionnels de carence dans les pays industrialisés, avec le retour en nombre de populations en situation précaire.

### Des changements dans la perception de la nature et de l'importance de ces problèmes

Depuis le début des années 90, plusieurs sommets mondiaux ont abordé les différents aspects des problèmes alimentaires et nutritionnels à l'échelle de la planète : Sommet de l'enfance (1990), Conférence internationale sur la nutrition (1992), Conférence internationale sur la population (1994), Sommet sur le développement social (1995). Ces réunions internationales ont mis en lumière l'importance de la nutrition dans le développement social et économique,

F. Delpeuch, B. Maire : ORSTOM-LNT, Centre collaborateur de l'OMS pour la nutrition, BP 5045, 34032 Montpellier cedex 1, France.

Tirés à part : F. Delpeuch

## Les problèmes de nutrition : définitions, ampleur et évolution (d'après FAO/OMS [2])

### • Sous-alimentation

La FAO a mis au point une méthode permettant d'estimer quelle est, en valeur absolue et en pourcentage, la population qui, sur une année, n'a pas accès à une quantité suffisante d'aliments pour satisfaire ses besoins énergétiques. Cette partie de la population peut être considérée comme souffrant de sous-alimentation ou carence calorique chronique. La méthode se fonde sur une estimation des disponibilités alimentaires et l'application d'un seuil critique des besoins énergétiques : par définition, les « sous-alimentés chroniques » sont ceux dont la consommation estimée d'énergie annuelle est inférieure à celle requise pour maintenir le poids du corps et permettre une activité modérée. Si l'on considère l'ensemble des pays en développement, le nombre et la proportion de personnes souffrant chroniquement de sous-alimentation ont constamment baissé sur une période de vingt ans : de 36 % (941 millions) en 1969-1971 à 20 % (786 millions) en 1988-1990. Cependant, cette amélioration globale recouvre d'importantes disparités entre régions du monde (*figure 1*) : en Afrique, le pourcentage est resté pratiquement inchangé (35 à 33 %) mais le nombre de personnes sous-alimentées est passé de 101 à 168 millions du fait de la forte croissance démographique. En Amérique latine et au Proche-Orient, les pourcentages ont chuté alors que les nombres absolus sont restés stables. En Asie et dans le Pacifique, l'amélioration a été considérable en termes relatifs (40 à 19 %) comme en valeur absolue (de 751 à 528 millions), même si c'est dans cette région du monde qu'est concentrée la plus grosse partie de la population sous-alimentée.

### • Malnutrition « protéino-énergétique » chez les moins de 5 ans

L'expression malnutrition « protéino-énergétique » désigne divers syndromes caractérisés avant tout par un arrêt ou un retard de la croissance chez les enfants, qu'on appelle aussi syndrome polycarentiel et, dans les formes extrêmes, marasme ou kwashiorkor. Mais d'autres nutriments que l'énergie et les protéines peuvent être en jeu. Les premières victimes en sont les nourrissons et les enfants en bas âge, car leurs besoins en nutriments sont élevés par rapport à leur masse corporelle et ils sont particulièrement exposés aux maladies infectieuses. Les mesures anthropométriques employées pour estimer la masse corporelle et détecter les problèmes de croissance, souvent en combinaison avec l'âge, permettent d'élaborer certains indices pour décrire l'état des individus ou des populations : des expressions comme insuffisance pondérale, maigreur, retard de croissance en taille correspondent à certaines valeurs de ces indices anthropométriques et caractérisent diverses formes de malnutrition.

Entre 1975 et 1990, le pourcentage d'enfants atteints de malnutrition, mesurée par l'insuffisance du poids par rapport à l'âge, a diminué sur tous les continents mais leur nombre est resté stable en valeur absolue en raison de l'accroissement démographique. C'est en Asie qu'on enregistre le nombre le plus élevé (155 millions), mais il est stable avec une légère tendance à la diminution (*figure 2*). En Afrique, en revanche, il est passé de 20 à 27 millions et devrait atteindre 36 millions en 2005.

### • Malnutritions par carences en micronutriments

Le manque de vitamines et de minéraux essentiels comme la vitamine A, l'iode, le fer et le zinc est à l'origine de troubles de carences en micronutriments. Par exemple, les carences en vitamine A peuvent entraîner la cécité ou la mort, celles en iode le goitre et le crétinisme, et un apport insuffisant en fer est à l'origine de l'anémie (*tableau 1*).

– Iode : plus d'un milliard de personnes vivent dans des régions où la teneur en iode du sol est insuffisante ; plus de 200 millions d'entre elles sont atteintes de goitres et 26 millions de troubles mentaux. Cette carence s'observe dans 95 pays et plus du quart des victimes vivent en Chine et en Inde.

– Vitamine A : 190 millions d'enfants vivent dans des régions où la consommation d'aliments riches en vitamine A est insuffisante ; 40 millions sont carencés et 13 millions présentent des signes cliniques ophtalmiques. Cette carence touche 37 pays, dont la moitié est située en Afrique. La plupart des enfants menacés se trouvent en Asie du Sud et du Sud-Est.

– Fer : la carence en fer touche deux milliards de personnes et n'épargne presque aucun pays ; les plus affectés sont les femmes et les enfants préscolaires. Les populations les plus atteintes se trouvent en Afrique et en Asie du Sud.

### • Maladies chroniques liées au régime alimentaire

Les régimes alimentaires riches en énergie et en matières grasses animales mais pauvres en fibres, associés à des habitudes alimentaires et des modes de vie nuisibles à la santé, sont à l'origine d'un vaste éventail de maladies chroniques chez les adultes : obésité, maladies coronariennes, diabète sucré, certains types de cancer. L'indice de masse corporelle permet d'évaluer la proportion de personnes présentant une obésité dans une population.

Nutritional problems : definitions, extent and changes

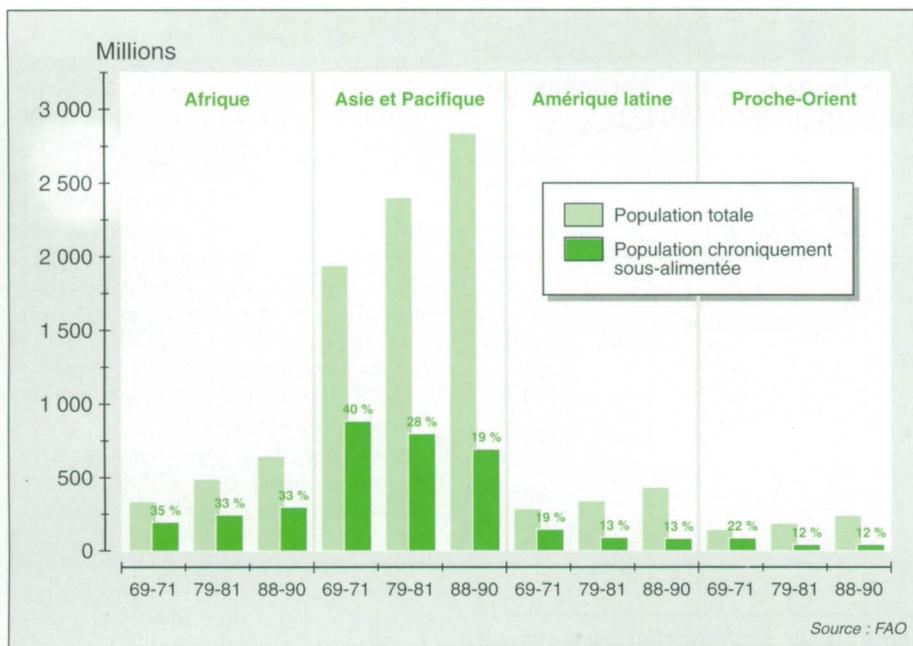


Figure 1. Estimation de la population chroniquement sous-alimentée (apport énergétique alimentaire insuffisant en moyenne annuelle, dans le monde en développement).

Figure 1. Number and proportion of underfed people in the developing world.

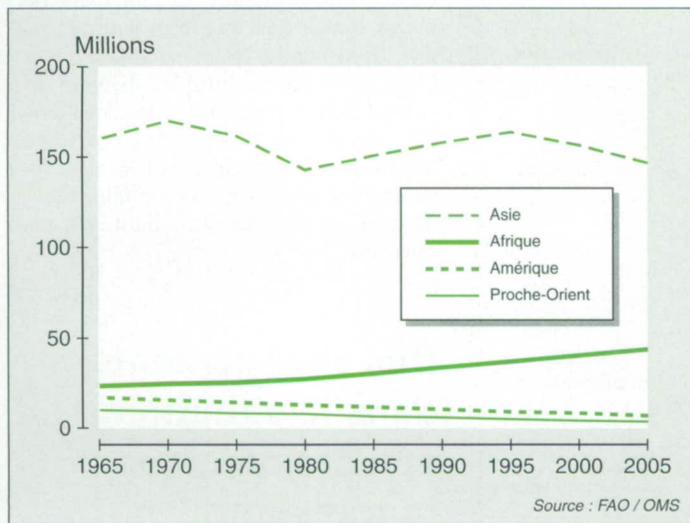


Figure 2. Évolution du nombre d'enfants de faible poids (enfants de moins de 5 ans).

Figure 2. Trends in underweight preschool children.

notamment en raison de ses conséquences à long terme et de ses effets entre les générations. Elles ont favorisé l'émergence d'une compréhension commune de la nature des problèmes nutritionnels par les différents secteurs concernés et d'un consensus sur la nécessité d'actions directes en faveur de la nutrition des populations.

Les données épidémiologiques récentes montrent que les malnutritions liées aux carences en micronutriments touchent

beaucoup plus de monde qu'on ne le pensait et la recherche a permis de réévaluer leurs conséquences, qui sont énormes pour le développement et la santé publique. L'anémie par carence en fer, dont souffrent 40 % des femmes du monde en développement, est une cause importante de mortalité maternelle et de faible poids de naissance ; la carence en iode est la cause la plus fréquente de retard de développement mental. Une étude de la Banque Mondiale a calculé les pertes que

subirait chaque année un pays de 50 millions d'habitants où le niveau de carences en vitamine A, fer et iode serait analogue à celui qu'on trouve aujourd'hui en Asie du Sud : 20 000 morts, 11 000 enfants nés crétins ou devenus aveugles à l'âge préscolaire, 1,3 million d'années-personnes de travail perdues pour cause de léthargies ou d'invalidités plus graves, 360 000 années élèves gaspillées [3].

Les formes modérées, chroniques, de malnutrition ont également un impact sur le développement de l'enfant bien plus considérable qu'on ne l'admettait jusqu'ici, à court comme à long terme. Selon l'OMS, 54 % des 12 millions de décès annuels chez les enfants dans les PED sont liés à la malnutrition ; diverses formes de malnutrition ont des conséquences tout au long de la vie en affectant la capacité d'apprentissage des enfants [4] et leur productivité ultérieure en tant qu'adultes [5].

Ainsi, au-delà de la promotion de la santé et des aspects médicaux, la prévention et le contrôle des malnutritions sont maintenant considérés comme une composante indispensable des politiques, stratégies et programmes de développement. De même, la malnutrition n'est plus seulement perçue comme une conséquence de la pauvreté, mais comme un des facteurs favorisant la pauvreté.

L'augmentation de la ration calorique qui accompagne le développement économique ne résout ni le problème des formes chroniques de malnutrition de l'enfant, ni celui des carences en micronutriments. Pour ces dernières, les nutriments en jeu ne se trouvent pas dans tous les aliments et ne suscitent pas chez l'homme un appétit naturel ; on a ainsi pu parler de faim cachée ou faim invisible. Les formes chroniques de malnutrition sont très liées à la pauvreté, mais aussi à de nombreux autres facteurs. La réduction de la pauvreté ne se traduit pas automatiquement par une amélioration de l'état nutritionnel et les progrès obtenus grâce à l'augmentation des revenus sont relativement lents. L'investissement dans une agriculture durable pour faire face à la croissance démographique, ainsi que la mise en œuvre de stratégies de sécurité alimentaire pour favoriser l'accès des plus pauvres aux aliments, sont des questions centrales du Sommet mondial de l'alimentation. Elles constituent des conditions indispensables à la lutte contre les malnutritions mais n'en garantissent pas pour autant l'élimination, ni même un recul significatif.

## Tableau 1

Population atteinte et à risque de malnutrition par carences en micronutriments en millions d'habitants (d'après OMS [2])

Régions de l'OMS	Troubles liés à une carence en iode		Troubles liés à une carence en vitamine A		Troubles liés à une carence en fer
	À risque	Atteinte (goitre)	À risque	Atteinte (xérophtalmie)	Anémie
Afrique	150	39	18	1,3	206
Amériques	55	30	2	0,1	94
Asie du Sud-Est	280	100	138	10,0	616
Europe	82	14	-	-	27
Méditerranée orientale	33	12	13	1,0	149
Pacifique occidental et Chine	405	30	19	1,4	1 058
Total	1 005	225	190	13,8	2 150

Population at risk of and affected by micronutrient malnutrition, millions of inhabitants

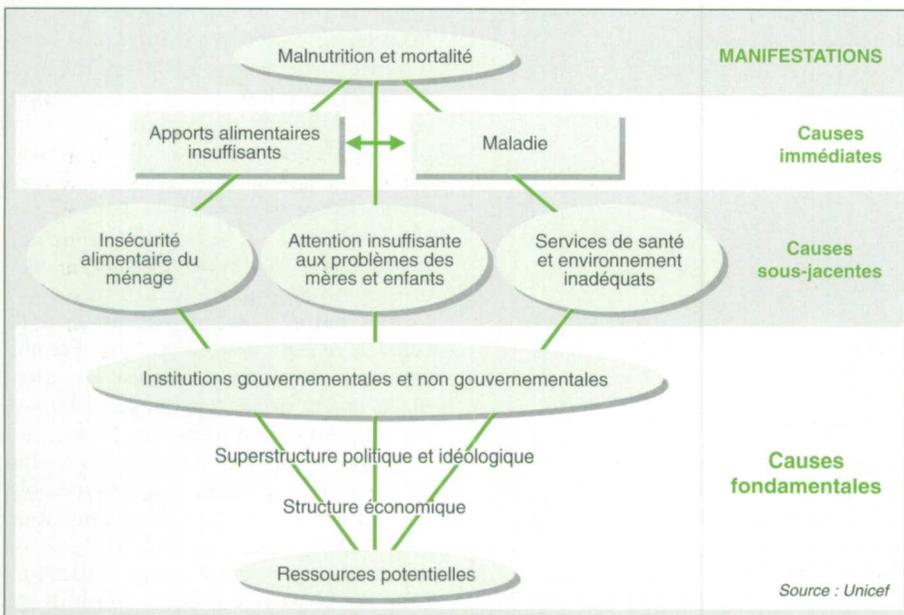


Figure 3. Cadre conceptuel des causes de malnutrition.

Figure 3. Causes of malnutrition : the conceptual framework.

De multiples facteurs, autres que ceux liés à la sécurité alimentaire, sont importants (encadré 2) : capacités de prise en charge des individus vulnérables (notamment les enfants et les femmes enceintes ou allaitantes), pratiques alimentaires et sanitaires, accès à des services de santé adéquats, accès à l'eau, hygiène du milieu satisfaisante. Le passage de la sécurité ali-

mentaire à une bonne nutrition nécessite aussi une couverture minimum des besoins sociaux essentiels : santé de base, éducation, assainissement, programmes directs de nutrition. Le cadre conceptuel général des facteurs de malnutrition proposé par l'Unicef [6] illustre bien la diversité des causes et leur enchaînement à différents niveaux (figure 3).

Bien évidemment, le Sommet de l'alimentation ne porte pas directement sur ces aspects déjà traités par les conférences antérieures, mais un point paraît essentiel : les projets qui seront générés lors de la mise en œuvre de stratégies de sécurité alimentaire doivent s'insérer dans une analyse conceptuelle plus large des problèmes nutritionnels et de leurs causes. Cette analyse devrait être faite pour chaque situation et avant toute intervention [7]. Chaque fois que la sécurité alimentaire ne sera pas seule en cause, il s'agira ainsi de susciter des projets complémentaires [8].

L'expérience de certains pays à faible produit national brut (PNB) et/ou à croissance lente a montré que l'amélioration de la nutrition peut être obtenue à différents niveaux du développement économique. Par des investissements dans le secteur social et des actions directes, ces pays ont davantage élevé le niveau nutritionnel de leur population que nombre de pays à produit national brut plus important ou à croissance économique plus rapide. En revanche, d'autres pays ont connu une croissance économique soutenue au cours des dernières années sans que le niveau des malnutritions recule.

Cette approche holistique, incluant une compréhension partagée des problèmes par les différents secteurs concernés et un minimum de consensus sur les actions à mener, est seule à même de faire reculer de manière significative la faim et la malnutrition.

## Des changements dans la situation épidémiologique : la transition nutritionnelle

La transition nutritionnelle est un phénomène qui se développe dans les pays à faible ou moyen revenu, mais qui reste jusqu'ici largement méconnu [9]. Elle est caractérisée par une modification des régimes alimentaires, notamment une nette augmentation de la consommation de graisses d'origine animale. Elle s'exprime par l'émergence, parfois épidémique, des maladies chroniques non transmissibles liées au régime alimentaire, telles que l'obésité.

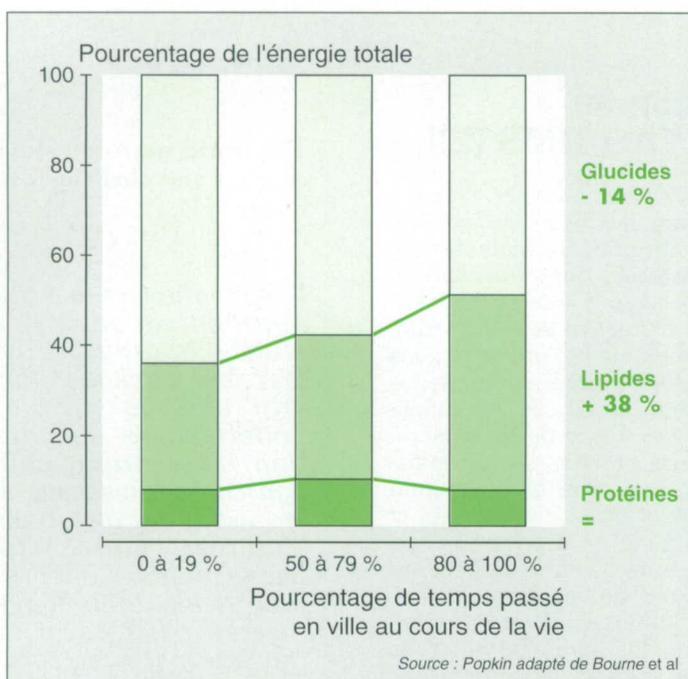


Figure 4. Urbanisation et structure du régime alimentaire ; adultes de Cape Town (Afrique du Sud).

Figure 4. Urbanization and the adult dietary structure (Capetown, South Africa).

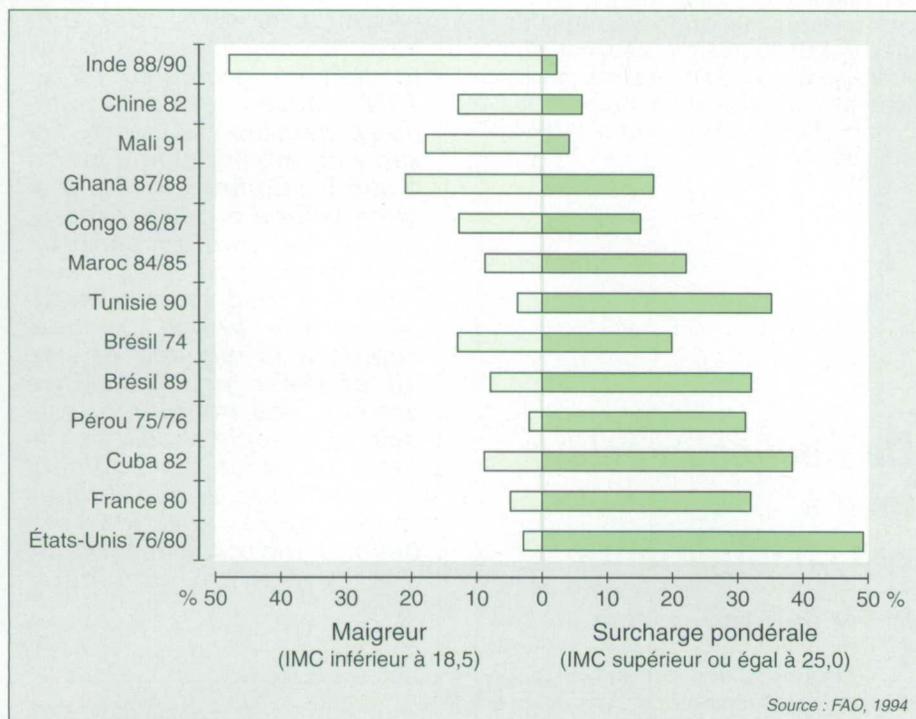


Figure 5. Distribution de l'Indice de masse corporelle (maigreurs et surcharge pondérale) dans la population adulte de divers pays.

Figure 5. Body mass index distribution (thinness and overweight) of adult populations in various countries.

sité et les maladies cardio-vasculaires. Elle trouve son origine dans l'augmentation des revenus mais aussi, et peut-être surtout, dans l'évolution des modes de vie tels que ceux liés à l'urbanisation (figure 4).

Largement amorcée dans les années 70 et 80 en Amérique latine et dans les pays de la Caraïbe, cette tendance est maintenant générale. En Chine, la proportion de la population qui consomme plus de 30 % de calories lipidiques est en augmentation constante, alors que le régime traditionnel, pauvre en graisses, diminue progressivement. En Tunisie, le pourcentage moyen de calories lipidiques est passé au-dessus de 30 % au cours des années 80 et la même tendance est signalée dans plusieurs pays africains. Dans plusieurs pays d'Amérique latine et d'Asie, ces modifications s'effectuent à un rythme plus rapide que celui vécu dans le passé par les pays industrialisés.

Une des conséquences est l'apparition d'une surcharge pondérale ou d'une obésité chez une partie importante de la population adulte, en particulier dans les villes et y compris en Afrique [10]. La distribution de l'indice de masse corporelle\* (IMC) dans les populations reflète bien ce phénomène (figure 5).

La transition nutritionnelle, qui peut s'étaler sur plusieurs décennies, se traduit ainsi par la coexistence de problèmes de sous et de suralimentation. Elle constitue un véritable paradoxe nutritionnel qui concerne déjà l'ensemble des couches sociales des pays à moyen revenu mais aussi les populations urbaines pauvres des pays à faible revenu.

Alors que la population urbaine devrait passer à 4 milliards de personnes dans les PED en 2025, cette évolution a des répercussions sur la lutte contre les malnutritions et sur la sécurité alimentaire. Le cumul des problèmes nutritionnels fait peser sur les services de santé une double charge et, dans un contexte de ressources limitées, peut remettre en cause les programmes de lutte contre les malnutritions (risque de ré-allocation des moyens consacrés aux programmes de lutte contre les malnutritions, déjà restreints, vers les maladies chroniques liées à l'alimentation). En plus de la croissance démographique, la modification de la demande alimentaire va augmenter signi-

\* L'IMC se calcule en divisant le poids en kilogrammes par la taille en mètres carrés. Il permet d'apprécier la maigreur aussi bien que la surcharge pondérale et l'obésité dans les populations. Chez les adultes, l'IMC doit varier entre 18,5 et 25 [11].

## Facteurs influençant l'état nutritionnel Causes de malnutrition (d'après FAO/OMS [2])

L'état nutritionnel d'un individu dépend de très nombreux facteurs. Presque tout ce qui contribue à rendre l'apport en nutriments insuffisant ou excessif ou à empêcher une utilisation des nutriments contribue à la malnutrition. On peut répartir en trois grandes catégories les facteurs qui influencent le plus directement la nutrition : l'alimentation, à savoir la disponibilité, l'accessibilité et la consommation d'aliments sans danger et de bonne qualité ; l'état de santé individuel, notamment le mode de vie et l'utilisation des services de soins de santé ; et la capacité de prise en charge des ménages et des collectivités, c'est-à-dire le temps et l'attention prodigués aux individus vulnérables et la capacité de répondre à leurs besoins et de les aider. Chacun de ces facteurs – alimentation, santé et prise en charge – est indispensable pour une bonne nutrition. Par exemple, la qualité de l'alimentation et de la nutrition des nourrissons dépend autant de la disponibilité et de l'accessibilité des aliments que des soins de santé et de la prise en charge familiale. Ces facteurs interagissent et toute mesure ayant des effets sur l'un d'eux peut avoir des répercussions importantes sur les autres. Ainsi, l'adoption de nouvelles techniques agricoles peut influencer l'état nutritionnel non seulement par ses effets sur les disponibilités alimentaires et les revenus, mais aussi par son influence sur l'hygiène et l'état de santé ou sur le temps disponible pour apporter les soins nécessaires aux différents membres de la famille.

Cela dit, la pauvreté est la cause première de la plupart des cas de malnutrition. La sous-nutrition tant aiguë que chronique et la plupart des carences en micronutriments frappent d'abord les ménages pauvres et défavorisés dont les membres ne peuvent produire ou se procurer suffisamment de nourriture, qui vivent dans un environnement difficile ou insalubre, sans accès à de l'eau pure et à des services de base, qui ne bénéficient pas d'une éducation et d'une information appropriées, etc. En revanche, la suralimentation et les régimes déséquilibrés qui peuvent provoquer des maladies chroniques ne connaissent pas de frontières socio-économiques. La suralimentation ne touche pas seulement les groupes les plus riches dans chaque pays, elle peut aussi affecter des groupes à faible revenu dans les pays à revenu moyen ou élevé.

**Factors affecting nutritional status  
Causes of malnutrition**

ficativement la demande totale de calories si rien n'est fait pour infléchir l'évolution des modes de vie et, notamment, la dérive vers des régimes trop riches en lipides d'origine animale.

L'urbanisation rapide pose de nouvelles questions : comment nourrir ces villes ? comment assurer un équilibre entre carences et excès ? les problèmes nutritionnels qui émergent dans les villes des PED ont-ils des causes et des conséquences identiques à celles qui ont été trouvées dans les pays industrialisés ? La gestion de ces problèmes sera un des grands défis du siècle prochain.

## De nouveaux enjeux face à ces changements

Au-delà de la lutte contre la pauvreté, de l'augmentation des revenus et de l'accroissement des disponibilités alimentaires, la mise en œuvre de programmes visant directement à l'amélioration de l'état nutritionnel et à la réduction des malnutritions est nécessaire. C'est le sens des plans nationaux d'action pour la nutrition que la plupart

## Summary

### The world nutrition situation: changes and challenges for the future

F. Delpeuch, B. Maire

*Despite the fact that the world nutrition situation has been slowly improving over the last few decades, there are still serious problems of underfeeding and malnutrition in southern countries, and chronic diseases associated with poor diet in the north (Figures 1 and 2 ; Table 1). Nevertheless, over the last few years, there have been marked changes in the way the international community perceives nutritional problems, their relationship with poverty, and impact on development. These changes have led to new approaches to malnutrition prevention and control (Figure 3). In addition to chronic problems, diseases associated with poor diet have recently appeared in low to medium income countries. This relatively unknown nutritional transition is closely linked with urbanization (Figures 4 and 5). Controlling this problem will be a major challenge in the coming century, with respect to health systems and food security throughout the world. A new approach is required to take all of these problems into account. The nutritional well-being of people should be the main focus of development programmes and policies (especially agricultural), beyond the usual economic and production considerations.*

*Cahiers Agricultures 1996 ; 5 : 415-22.*

des pays mettent en place à la suite de la Conférence internationale sur la nutrition [12].

Pour les carences en micronutriments, il existe des moyens de prévention et de

traitement connus et assez peu coûteux. Cependant, la limitation des ressources rend plus difficiles la prévention et la lutte. Dans ce contexte, la durabilité et l'équité sociale des programmes deviennent des enjeux qui s'ajoutent aux critères habituels d'efficacité des actions. Ceci implique notamment des programmes adaptés à chaque situation, car fondés sur un diagnostic spécifique impliquant les différents secteurs concernés et identifiant les points critiques à améliorer. Cette lutte exigera une action coordonnée entre les programmes de sécurité alimentaire et les programmes sociaux et sanitaires.

En ce qui concerne la transition nutritionnelle, l'enjeu principal est constitué par la maîtrise de son évolution et, pour certains pays, par un renversement de la tendance. Les stratégies de sécurité alimentaire devraient comporter des actions d'information et d'éducation du public à une alimentation saine et équilibrée, qui soient adaptées aux nouveaux contextes de transition et de précarité économique dans lesquels les changements s'opèrent. Ceci passe par le développement de recommandations alimentaires standardisées au niveau des pays [13].

L'expérience des pays industrialisés montre cependant que l'éducation du public à une alimentation et à des modes de vie favorables à la santé est une tâche de longue haleine.

Vouloir à la fois éliminer la faim et les malnutritions tout en limitant l'émergence de l'obésité et des maladies chroniques liées au régime alimentaire suppose une approche novatrice : considérer le bien-être nutritionnel des populations comme objectif central des politiques de développement et comme premier indicateur de leur évaluation. Les politiques agricoles et alimentaires devraient ainsi s'appuyer sur les connaissances scientifiques validées les plus récentes en matière de nutrition. Comme l'a souligné la Conférence internationale sur la nutrition, certains critères nutritionnels, qui ont contribué à façonner l'agriculture et l'industrie alimentaire, ont été établis dans les années 40 et 50 et sont aujourd'hui dépassés. Ainsi, l'orientation qui a privilégié les produits animaux doit être revue : par exemple, dans les pays de la Caraïbe, des quantités considérables de céréales et de lait sont importées pour l'alimentation du bétail, alors qu'aucun de ces pays n'atteint un niveau de consommation convenable pour les racines, tubercules, légumineuses,

légumes et fruits, dont la production locale a été sérieusement négligée [14].

À la lumière des connaissances actuelles, les disponibilités vivrières des pays devraient comporter peu de graisses et de sucre, privilégier à l'inverse les céréales et tubercules, riches en amidon, comme source d'énergie principale, et mettre davantage en exergue l'importance des légumes et des fruits. Ceci est valable non seulement pour les PED mais aussi pour les pays industrialisés. En fait, peu de pays jusqu'ici ont essayé d'introduire des considérations nutritionnelles dans l'élaboration de leurs politiques générales. La Norvège et le Japon constituent à cet égard deux exemples rares. La Chine est certainement un des premiers pays à faible revenu à s'être engagé dans cette voie en se livrant à un exercice d'analyse prospective de sa production et de son commerce alimentaires en termes de bien-être nutritionnel de sa population. Les bases d'une politique alimentaire, visant à modifier les régimes dans un sens plus équilibré, ont été ainsi posées ; le recul n'est cependant pas suffisant pour juger des résultats.

Dans le cadre de cette approche, plusieurs éléments sont particulièrement décisifs :

- l'importance de l'information nutritionnelle pour tous les acteurs du système agro-alimentaire, des producteurs aux consommateurs ;
- la formation et le recyclage en nutrition de personnels, au-delà du seul secteur de la santé ;
- des directives sont utiles pour éclairer les choix, à l'instar de celles que le *Codex alimentarius* a émises en matière d'étiquetage de la valeur nutritive des produits ;
- le secteur privé devrait être sensibilisé aux relations entre alimentation-nutrition et santé, de manière à obtenir son adhésion et son soutien pour l'amélioration de l'état de santé des populations ;
- le ciblage des interventions constitue un instrument de choix dans l'arsenal des mesures possibles. Dans les pays où la transition nutritionnelle est déjà avancée, il permet ainsi d'associer la lutte contre les malnutritions par carences, dans les groupes de population où elles représentent encore des problèmes de santé publique, à la prévention de l'obésité [15] ;
- les politiques agricoles et alimentaires des pays devraient également se baser sur une évaluation de leurs situations nutritionnelles et s'ajuster à l'évolution de ces

situations ; il s'agit de mettre en œuvre des activités de surveillance alimentaire et nutritionnelle, et de développer l'utilisation d'indicateurs permettant une vision globale des problèmes. Dans ce domaine, la plupart des pays manquent cruellement d'informations. L'exemple des Caraïbes montre l'inertie du système et un des moyens de donner plus de souplesse est l'évaluation, l'analyse et le suivi des situations alimentaires et nutritionnelles à différents niveaux. Or, en général, les enquêtes nutritionnelles sont ponctuelles, ne concernent que les enfants ou sont limitées à des groupes de populations particuliers ; les comparaisons dans l'espace et dans le temps sont rendues ainsi très difficiles, voire impossibles. Or, l'observation des tendances est particulièrement importante pour vérifier l'atteinte des objectifs nutritionnels des politiques mises en œuvre et procéder ainsi aux ajustements nécessaires ■

## Références

1. *L'ampleur des besoins. Atlas des produits alimentaires et de l'agriculture*. Rome : FAO, 1995 ; 127 p.
2. Conférence internationale sur la Nutrition. *Nutrition et développement, une évaluation d'ensemble*. Rome : FAO/OMS, 1992 ; 132 p.
3. *Enrichir la vie en surmontant la malnutrition liée aux carences en vitamines et en minéraux dans les pays en développement*. Washington DC : Banque Mondiale, 1994 ; 81 p.
4. Brown L, Pollitt E. Malnutrition, poverty and intellectual development. *Scient Amer* 1996 ; february : 38-43.
5. Spurr GB. Nutritional status and physical work capacity. *Yearbook of Phys Anthropol* 1983 ; 26 : 1-35.
6. *Stratégies visant à améliorer la nutrition des femmes et des enfants dans les pays en développement*. New York : UNICEF, 1990 ; 36 p.
7. Beghin I, Cap M, Dujardin B. *Guide pour le diagnostic nutritionnel*. Genève : OMS, 1988 ; 84 p.
8. Benbouzid D, Delpuech F, Maire B, de Benoist B. La sécurité alimentaire considérée du point de vue de la santé. *Économies et Sociétés, sér développement agro-alimentaire* 1995 ; 22 : 37-50.
9. Popkin BM. The nutrition transition in low-income countries : an emerging crisis. *Nutr Rev* 1994 ; 52 : 285-98.
10. Maire B, Delpuech F, Cornu A, et al. Urbanisation et transition nutritionnelle en Afrique subsaharienne : les exemples du Congo et du Sénégal. *Rev Epidemiol et Santé Publ* 1992 ; 40 : 252-8.
11. Shetty PS, James WPT. *Body mass index, a measure of chronic energy deficiency in adults*. FAO Food and Nutrition paper 56, Rome : FAO, 1994 ; 57 p.

