



Assemblée générale

Distr. générale
26 décembre 2011
Français
Original: anglais

Conseil des droits de l'homme

Dix-neuvième session

Point 3 de l'ordre du jour

**Promotion et protection de tous les droits de l'homme,
civils, politiques, économiques, sociaux et culturels,
y compris le droit au développement**

Rapport soumis par le Rapporteur spécial sur le droit à l'alimentation, Olivier De Schutter

Résumé

Dans le présent rapport, soumis en application de la résolution 13/4 du Conseil des droits de l'homme, le Rapporteur spécial sur le droit à l'alimentation traite des liens entre la santé et la malnutrition. Il y explique pourquoi la dénutrition, la carence en micronutriments et la surnutrition sont différents aspects de la malnutrition qui doivent être considérés dans le cadre d'une approche fondée sur les parcours de vie. Les systèmes alimentaires actuels font l'impasse sur la question de la faim tout en prônant des régimes qui favorisent la surcharge pondérale et l'obésité, lesquelles causent encore plus de décès dans le monde que l'insuffisance pondérale. La transition vers des régimes alimentaires durables ne pourra être assurée qu'en soutenant des systèmes agricoles qui permettent à tous d'avoir accès à des régimes alimentaires adéquats, qui offrent des moyens de subsistance aux agriculteurs les plus pauvres et qui sont écologiquement viables. En matière d'alimentation, les femmes, qui s'occupent plus des jeunes enfants que les hommes, doivent pouvoir prendre des décisions en toute connaissance de cause et en toute indépendance de sorte que les jeunes enfants puissent avoir droit à un niveau de nutrition qui favorise leur croissance, leur santé et leur épanouissement. L'adoption d'une approche fondée sur les droits de l'homme permettra d'agir à court terme tout en n'excluant pas la recherche de solutions à long terme.

Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction.....	1–3	3
II. Un enjeu triple.....	4–12	4
A. Le rôle des systèmes agroalimentaires: de l'augmentation de la production à la garantie de régimes alimentaires viables.....	4–5	4
B. Dénutrition et carence en micronutriments.....	6–8	4
C. Surpoids et obésité.....	9–12	5
III. Combattre les carences en micronutriments.....	13–25	9
A. Initiatives récentes axées sur la nutrition.....	13–14	9
B. L'enjeu de la durabilité.....	15–21	10
C. La valeur ajoutée d'un cadre fondé sur les droits de l'homme	22–25	13
IV. Lutter contre le surpoids et l'obésité.....	26–47	14
A. Le rôle des systèmes agroalimentaires	26–36	14
B. Refaçonner les systèmes agroalimentaires	37–47	18
V. Conclusions et recommandations.....	48–53	23

I. Introduction

1. Le droit à l'alimentation ne saurait être réduit au droit à ne pas mourir de faim. Il s'agit d'un droit global à un régime alimentaire adéquat fournissant tous les éléments nutritifs dont une personne a besoin pour mener une vie saine et active, ainsi qu'au moyen permettant d'accéder à ces éléments. Les États doivent protéger le droit à un régime alimentaire adéquat, en particulier en régissant le secteur alimentaire, et donner effet au droit à une alimentation suffisante en prenant des mesures pour renforcer l'accès de la population aux ressources qui leur permettront d'avoir des régimes alimentaires adéquats¹. Dans cette même logique, les Directives volontaires à l'appui de la concrétisation progressive du droit à une alimentation adéquate dans le contexte de la sécurité alimentaire nationale (les Directives relatives au droit à l'alimentation) recommandent aux États de veiller à ce que les modifications de la disponibilité et de l'accessibilité des aliments n'aient pas d'effets négatifs sur la composition et la quantité des aliments consommés, et d'appuyer la diversité de l'alimentation ainsi que les comportements alimentaires sains, notamment l'allaitement². Les entreprises agroalimentaires doivent aussi respecter le droit à une alimentation suffisante. Elles doivent éviter de porter atteinte à ce droit et s'efforcer de prévenir les incidences négatives que peuvent avoir leurs activités sur l'exercice de ce droit³. Le système des Nations Unies lui-même doit veiller à ce que la question de la nutrition soit prise en compte dans tous les domaines d'action pertinents.

2. Dans le présent rapport, le Rapporteur spécial précise la teneur des obligations liées au droit à l'alimentation, et étudie les implications que revêt la notion d'adéquation du droit à l'alimentation pour les politiques agricoles et la refonte des systèmes alimentaires. La nutrition, bien évidemment, n'est pas seulement le fait d'avoir accès à une alimentation au sein du ménage. Elle est aussi étroitement liée à l'état de santé de chaque membre de la famille, aux relations de pouvoir au sein du ménage, et à l'éducation en matière de nutrition. Toutefois, l'accent sera mis ici sur les facteurs déterminants de la situation nutritionnelle qui sont liés à la production, et à la transformation, à la commercialisation, à la distribution et à la consommation des aliments, et aux systèmes agroalimentaires au sens large. Ce n'est là qu'un aspect de la question très vaste de la nutrition, mais il s'agit d'un aspect essentiel qui connaît actuellement de profonds bouleversements.

3. L'élaboration du rapport a fait l'objet d'un large éventail de réunions d'experts et de consultations. Le Rapporteur spécial souhaite exprimer sa gratitude à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ainsi qu'aux participants à la réunion d'experts tenue à Genève le 9 mai 2011 et au séminaire organisé le 20 mai 2011 par le Département «genre et nutrition» de l'Université de Hohenheim. Le Rapporteur spécial s'est également entretenu avec le secrétariat du Comité permanent de la nutrition et avec des représentants de l'Alliance mondiale pour une meilleure nutrition, y compris le Président du Conseil d'administration, et a été régulièrement informé des résultats obtenus dans le cadre du Mouvement de renforcement de la nutrition (SUN), notamment en prenant part à la réunion de haut niveau sur la nutrition qui s'est tenue à New York le 20 septembre 2011. Il a reçu des contributions de chercheurs et de parties prenantes de toutes les régions du monde, notamment de la Harvard Law and International Development Society et d'Oxford Pro Bono Publico. On trouvera ci-après les principales conclusions du Rapporteur spécial sur la

¹ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 12 (2009) sur le droit à une nourriture suffisante, par. 6, 9 et 15.

² Directive 10.1.

³ Principes directeurs relatifs aux entreprises et aux droits de l'homme (A/HRC/17/31), principes 11 à 24.

façon dont les systèmes alimentaires peuvent être organisés pour garantir à chacun le droit à un régime alimentaire adéquat.

II. Un enjeu triple

A. Le rôle des systèmes agroalimentaires: de l'augmentation de la production à la garantie de régimes alimentaires viables

4. À partir des années 1960, la sécurité alimentaire a surtout été liée à la production, la nutrition étant souvent reléguée au second plan. La faim et la malnutrition étaient associées à un manque de calories. Cela pouvait peut-être se comprendre dans un contexte de famine croissante à l'échelle mondiale mais cela a eu pour effet de mettre trop l'accent sur l'augmentation de la production agricole et la réduction des prix des denrées alimentaires, et d'accorder trop peu d'attention à la nécessité de garantir la disponibilité et l'accessibilité à un large éventail d'aliments contenant les micronutriments nécessaires pour permettre aux enfants de se développer pleinement sur les plans physique et mental et aux adultes de mener une vie saine et productive. En d'autres termes, la malnutrition protéino-calorique étant perçue comme le principal problème à régler, l'on a négligé la question de l'adéquation du régime alimentaire. En outre, à part l'objectif d'obtenir des denrées alimentaires à bas prix, les autres fonctions de l'agriculture, à savoir garantir des revenus décents aux producteurs et maintenir les écosystèmes, n'étaient pas prises en compte.

5. Les choses sont en train de changer. Les experts s'accordent aujourd'hui à reconnaître que les systèmes alimentaires doivent assurer l'accès de tous à des «régimes alimentaires durables», à savoir «des régimes alimentaires ayant de faibles conséquences pour l'environnement, qui contribuent à la sécurité alimentaire et nutritionnelle ainsi qu'à une vie saine pour les générations présentes et futures. Les régimes alimentaires durables contribuent à protéger et à respecter la biodiversité et les écosystèmes, sont culturellement acceptables, économiquement équitables et accessibles, abordables, sûrs et sains sur le plan nutritif, et permettent d'optimiser les ressources naturelles et humaines.⁴». Cette définition reconnaît la nécessité pour les systèmes agroalimentaires de ne plus mettre exclusivement l'accent sur l'augmentation de la production mais de tenir compte des exigences liées à l'adéquation des régimes alimentaires, à la justice sociale et à la viabilité de l'environnement. Tous ces éléments sont essentiels pour parvenir à éradiquer durablement la faim et la malnutrition, comme l'a souligné le Rapporteur spécial dans ses précédents rapports.

B. Dénutrition et carence en micronutriments

6. Le monde paie aujourd'hui le prix fort de sa politique qui a consisté, au cours des cinquante dernières années, à faire porter presque exclusivement tous les efforts sur l'augmentation de la production. La dénutrition demeure un problème énorme, lié en grande partie au fait que les systèmes agroalimentaires n'ont pas contribué à réduire la pauvreté dans les campagnes. À l'échelle planétaire, une personne sur sept souffre toujours de la faim. Environ 34 % des enfants des pays en développement, soit un total de 186 millions d'enfants, n'ont pas la taille d'un enfant de leur âge, symptôme le plus courant

⁴ Définition adoptée par consensus par les participants au colloque international scientifique sur la biodiversité et les régimes alimentaires durables, tenu du 3 au 5 novembre 2010 à Rome. Voir le rapport final du colloque, p. ix, disponible à l'adresse www.fao.org/ag/humannutrition/29186-021e012ff2db1b0eb6f6228e1d98c806a.pdf.

de dénutrition chronique⁵. Si l'indice des prix des produits alimentaires de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), corrigé de l'inflation, indique que les prix des denrées alimentaires ont diminué entre le début des années 1960 et 2002 (exceptée une flambée des prix en 1973-1974), les personnes les plus démunies restent encore trop pauvres pour pouvoir se nourrir en toute dignité parce que l'agriculture n'a pas été pensée pour soutenir les moyens de subsistance des groupes les plus vulnérables et marginalisés.

7. Par ailleurs, nombre de personnes (en particulier des enfants et des femmes) souffrent de carences en micronutriments. Au moins 100 millions d'enfants ont une carence en vitamine A, qui entrave leur croissance, affaiblit leur immunité et, dans les cas les plus graves, augmente les risques de cécité et de mortalité. Entre 4 et 5 milliards de personnes, parmi lesquelles la moitié des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans dans les pays en développement, souffrent d'anémie ferriprive, et 2 milliards de personnes seraient anémiques. Les carences en fer entraînent des problèmes de croissance, de développement cognitif et de fonction immunitaire, et peuvent expliquer que des enfants réussissent moins bien à l'école et que des adultes soient moins productifs. Les carences en iode et en zinc ont aussi des effets négatifs sur la santé et réduisent les chances de survie de l'enfant. Dans les pays en développement, environ 30 % des ménages ne consomment pas de sel iodé, et les enfants nés d'une mère souffrant d'une grave carence en iode risquent d'avoir des difficultés d'apprentissage ou de souffrir de crétinisme. Enfin, le manque de certains minéraux et vitamines peut aussi influencer sur le développement physique et mental et sur le système immunitaire⁶.

8. Comme la dénutrition, la carence en micronutriments ou «faim cachée» est une violation du droit de l'enfant à un niveau de vie suffisant pour lui permettre d'assurer son développement physique et mental, et du droit de jouir du meilleur état de santé possible consacrés par le paragraphe 2 de l'article 6 et par le paragraphe 2 c) de l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant. C'est l'environnement et non la génétique qui explique les différences de développement entre les enfants selon les régions. Les normes de croissance de l'enfant établies par l'OMS montrent que les nourrissons et les enfants de régions géographiques différentes ont une croissance très comparable lorsque leurs besoins en matière de santé et de nutrition sont satisfaits, ce qui signifie que tous les enfants ont en principe le même potentiel de développement⁷. Les États doivent donc soutenir l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois et la poursuite de l'allaitement, conjugué à d'autres aliments complémentaires, jusqu'au deuxième anniversaire de l'enfant; et établir des systèmes alimentaires qui permettent à chacun d'avoir accès non seulement à un apport suffisant de calories mais aussi à des régimes alimentaires suffisamment diversifiés pour disposer de tous les micronutriments indispensables.

C. Surpoids et obésité

9. Un autre problème nutritionnel est celui des personnes dont les apports caloriques sont supérieurs à leurs besoins. Aujourd'hui, plus d'un milliard de personnes dans le monde sont en surcharge pondérale (avec un indice de masse corporelle (IMC) > 25) et au moins 300 millions de personnes sont obèses (IMC > 30). Le surpoids et l'obésité causent 2,8 millions de décès dans le monde, ce qui signifie qu'aujourd'hui, 65 % de la population mondiale vivent dans un pays (tous les pays à revenu élevé et la plupart des pays à revenu

⁵ Quarante-deux pour cent des enfants d'Afrique subsaharienne et 48 % des enfants d'Asie du Sud ont un retard de croissance. Voir www.unicef.org/nutrition/index_statistics.html.

⁶ Voir www.unicef.org/nutrition/index_bigpicture.html.

⁷ Voir www.who.int/entity/childgrowth/2_why.pdf.

intermédiaire) où le surpoids et l'obésité tuent plus de personnes que l'insuffisance pondérale⁸. Dans un pays comme les États-Unis, cela signifie qu'aujourd'hui, les enfants pourraient avoir une espérance de vie plus courte que celle de leurs parents⁹. Cela étant, l'obésité et les maladies non transmissibles (MNT) dues en particulier à de mauvais régimes alimentaires ne sont plus seulement l'apanage des pays riches (voir fig. 1 et 2). On estime que d'ici à 2030, 5,1 millions de personnes mourront chaque année d'une MNT avant l'âge de 60 ans dans les pays pauvres, contre 3,8 millions de personnes actuellement¹⁰. L'obésité et la surcharge pondérale touchent au moins 50 % de la population dans 19 des 34 pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)¹¹ mais sont devenues des problèmes de santé publique dans toutes les régions (voir fig. 2). Les décès et les maladies imputables à des MNT sont plus fréquents que les maladies transmissibles dans toutes les régions, à l'exception de l'Afrique, et les décès dus à des MNT devraient augmenter de 15 % dans le monde entre 2010 et 2020, et de plus de 20 % en Afrique, en Asie du Sud-Est et en Méditerranée orientale¹². En outre, les MNT sont plus rapidement mortelles dans les pays pauvres. En Asie du Sud-Est et en Afrique, 41 % des décès dus à des MNT aigüés surviennent avant l'âge de 60 ans, contre 18 % dans les pays à revenu élevé¹³. Pour la société, les coûts sont énormes, en soins médicaux (coûts directs) et en perte de productivité (coûts indirects)¹⁴. Il existe un important décalage entre l'apparition de l'obésité et l'augmentation des dépenses de santé et l'on estime par exemple que les coûts liés au surpoids et à l'obésité au Royaume-Uni pourraient être en augmentation d'au moins 70 % en 2015 par rapport à 2007 et pourraient être 2,4 fois supérieurs en 2025¹⁵. Dans des pays comme l'Inde ou la Chine, les effets de l'obésité et du diabète devraient se faire sentir au cours des prochaines années¹⁶. En moyenne, une augmentation de 10 % des MNT entraîne une perte de 0,5 % du produit intérieur brut (PIB)¹⁷.

⁸ OMS, *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010* (Genève, 2011), p. 2; OMS, *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks* (Genève, 2009), p. 16 et 17.

⁹ S. J. Olshansky *et al.*: «A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century», *New England Journal of Medicine*, vol. 352, n° 11 (2005), p. 1143.

¹⁰ R. Beaglehole *et al.*: «Priority actions for the non-communicable disease crisis», *Lancet*, vol. 377, n° 9775 (2011), p. 1438 à 1447.

¹¹ OCDE, *Panorama de la santé 2011* (Paris, 2011), p. 54.

¹² OMS, *Rapport sur la situation mondiale*, p. 9.

¹³ OMS, *Global Health Risks*, p. 17.

¹⁴ Aux États-Unis, les dépenses médicales directes et les dépenses indirectes imputables au diabète en 2002 étaient estimées à 132 milliards de dollars et avaient plus que doublé le montant total des dépenses de santé pour cette année-là (American Diabetes Association, «Economic costs of diabetes in the US in 2002», *Diabetes Care*, vol. 26, n° 3 (2003), p. 917; en 2007, les chiffres s'élevaient à 174 milliards de dollars (American Diabetes Association, «Economic costs of diabetes in the US in 2007», *Diabetes Care*, vol. 31, n° 3 (2008), p. 596. Pour la région de l'Amérique latine et des Caraïbes, les dépenses de santé liées au diabète s'élèvent à 65 milliards de dollars par an, soit 2 à 4 % du PIB (Rapport du Secrétaire général (A/66/83, par. 28)).

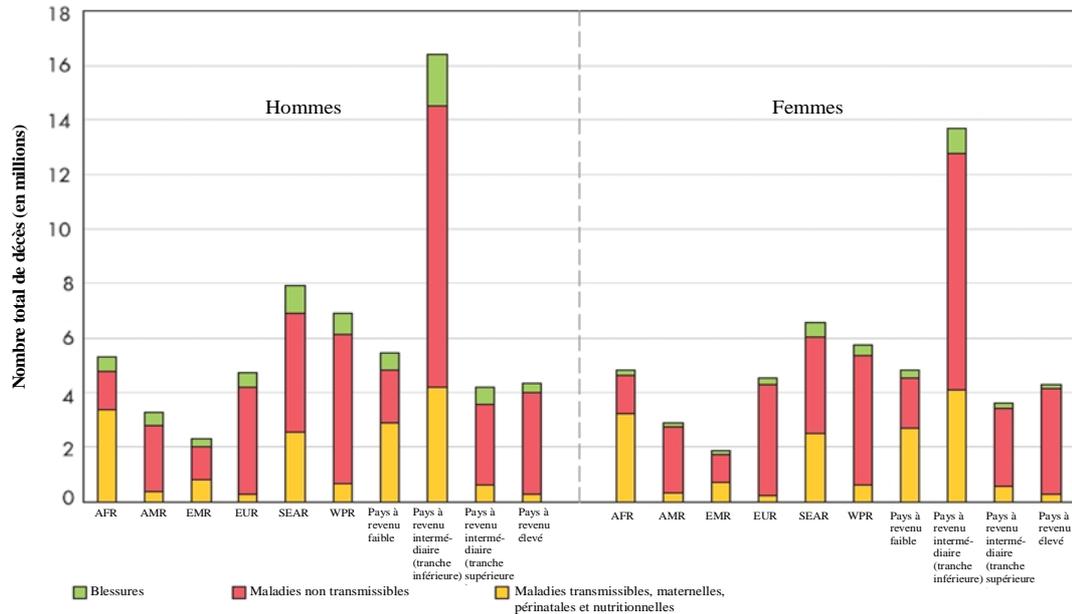
¹⁵ Royaume-Uni, Government Office for Science, *Tackling Obesities: Future Choices* (2007), p. 40.

¹⁶ B. M. Popkin, «Will China's nutrition transition overwhelm its health care system and slow economic growth?», *Health Affairs*, vol. 27, n° 4 (2008), p. 1072. L'auteur estime que les effets économiques indirects du surpoids et de l'obésité pourraient atteindre 8,73 % du PIB en 2025.

¹⁷ OMS, *Rapport sur la situation mondiale*, p. 3.

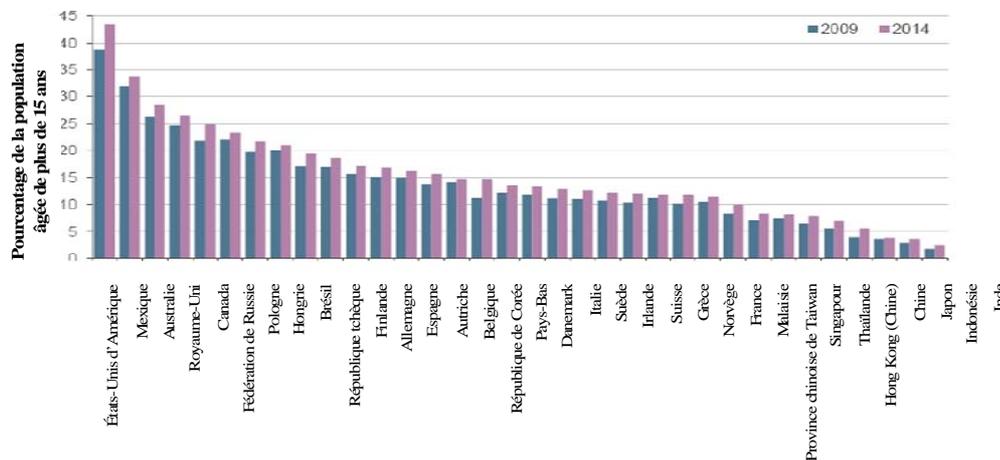
Figure 1
Nombre total de décès par grand groupe de cause, par région OMS, par groupe de revenu Banque mondiale et par sexe, 2008

(Note: AFR = Région africaine, AMR = Région des Amériques, EMR = Région de la Méditerranée orientale, EUR = Région européenne, SEAR = Région de l'Asie du Sud-Est, WPR = Région du Pacifique occidental).



Source: OMS, *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010* (Genève, 2011), p. 10.

Figure 2
Population obèse (IMC 30kg/m² ou plus) 2009-2014



Source: Euromonitor International, *Cardiovascular Health: A Key Area of Functional Food and Drinks Development* (juin 2010).

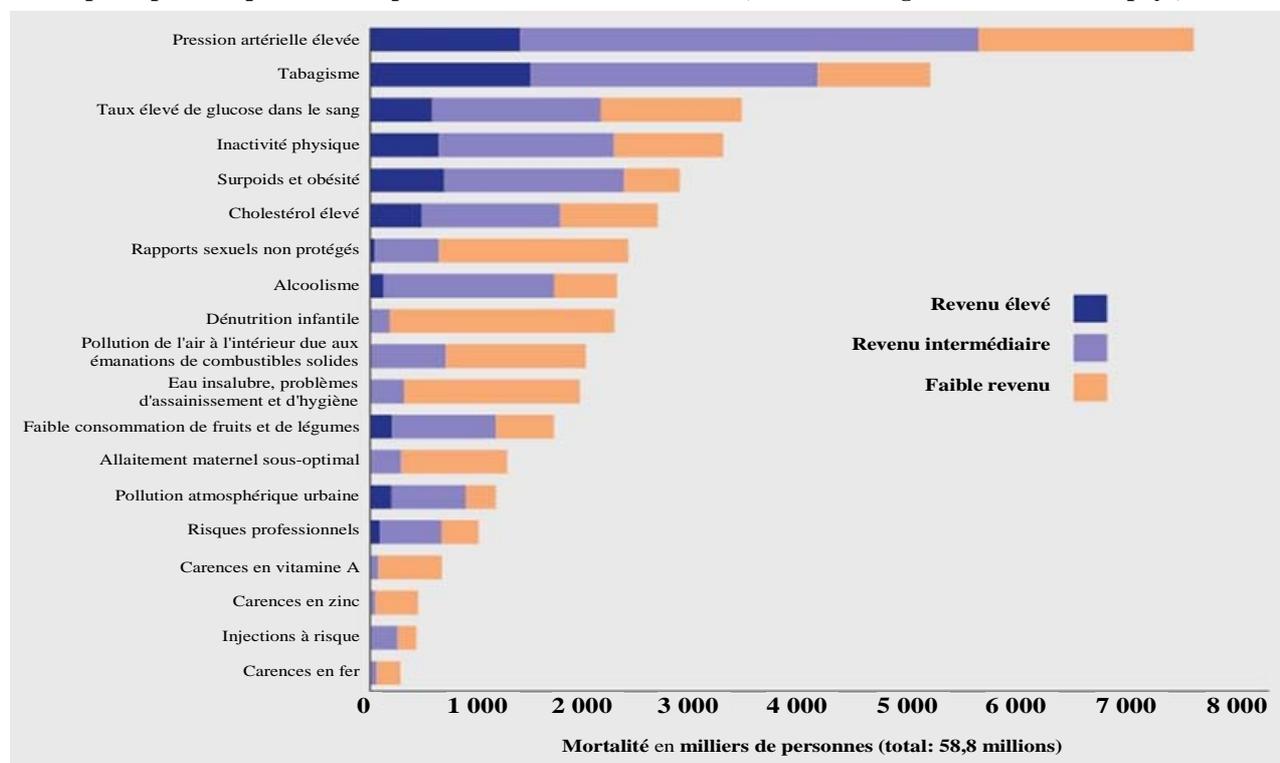
10. Les mauvais régimes alimentaires ont des conséquences bien connues pour la santé¹⁸. Les régimes alimentaires riches en sel et en alcool, conjugués à un manque

¹⁸ OMS, *Global Health Risks*, p. 16 à 18.

d'exercice¹⁹, ont souvent pour effet d'augmenter la pression artérielle et, partant, les risques d'attaque cérébrale, de maladie cardiaque et d'insuffisance rénale. Environ 51 % des attaques cérébrales dans le monde et 45 % des maladies cardiaques ischémiques sont dues à une pression artérielle élevée, problème qui touche particulièrement les pays africains et européens à revenu intermédiaire. Les régimes alimentaires riches en graisses saturées et l'inactivité physique contribuent à accroître les niveaux de cholestérol, autre facteur de risque pour les maladies cardiovasculaires qui cause chaque année 2,6 millions de décès²⁰. Des régimes modifiés et l'absence d'exercice physique peuvent entraîner une résistance à l'insuline ou une augmentation du taux de glucose dans le sang, à l'origine de 6 % des décès dans le monde, les personnes touchées étant plus vulnérables au diabète, aux maladies cardiaques ou aux attaques cérébrales. Le lait maternisé, qui est beaucoup plus riche en produits terminaux de glycation avancée que le lait maternel, pourrait favoriser une prédisposition au diabète²¹. Enfin, les régimes alimentaires déséquilibrés augmentent les risques de cancer du sein, du colon, de la prostate et d'autres organes. Une faible consommation de fruits et de légumes, par exemple, accroît les risques non seulement de maladies cardiovasculaires mais aussi de cancers gastro-intestinaux.

Figure 3

Les 19 principaux risques de décès prématurés (à l'échelle mondiale, selon les catégories de revenu des pays, 2004)



Source: OMS, *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks* (Genève, 2009), p. 10.

¹⁹ Dans le présent rapport, le Rapporteur spécial ne traitera pas du manque d'exercice physique lié à l'urbanisation et à l'évolution des modes de transport, facteur de risque important qui, conjugué à des régimes alimentaires riches en énergie, cause des MNT et, notamment, selon les estimations, 21 à 25 % des cancers du sein et du colon, 27 % des maladies liées au diabète et environ 30 % des maladies cardiaques ischémiques.

²⁰ OMS, *Global Health Risks*, p. 16, et *Rapport sur la situation mondiale*, p. 2.

²¹ V. Mericq *et al.*, «Maternally transmitted and food-derived glycotoxins», *Diabetes Care*, vol. 33, n° 10 (2010), p. 2232 à 2237.

11. La lutte contre les MNT est sous-financée du fait, en partie, qu'elle n'a pas été inscrite dans les objectifs du Millénaire pour le développement adoptés en 2000. Moins de 3 % de l'aide au développement dans le secteur de la santé est consacré à la lutte contre les MNT, alors que celles-ci sont à l'origine de plus d'un tiers de tous les décès prématurés²². Les couches les plus pauvres de la population sont particulièrement touchées par les MNT²³. Les familles pauvres n'ont parfois pas les moyens d'assumer les dépenses accrues de soins de santé qui sont liées aux MNT. Chaque année, 100 millions de personnes tombent dans la pauvreté parce qu'elles n'ont pas les moyens de s'offrir les services de santé dont elles ont besoin²⁴. En Inde, par exemple, le traitement du diabète coûte en moyenne à un patient 15 à 25 % des revenus du ménage²⁵, et les maladies cardiovasculaires entraînent des dépenses catastrophiques pour 25 % des familles indiennes et poussent 10 % des familles dans la pauvreté²⁶. De surcroît, il arrive parfois que les personnes malades ne puissent pas travailler et que leurs proches doivent s'en occuper, ce qui entraîne des pertes de revenus. Les familles pauvres sont généralement moins informées que les autres des risques liés à des régimes alimentaires déséquilibrés et n'ont pas les moyens d'améliorer leurs régimes.

12. Les systèmes agroalimentaires doivent être repensés pour s'attaquer aux problèmes de malnutrition (dénutrition, carence en micronutriments et surnutrition) d'une façon globale plutôt que fragmentée. La malnutrition sous toutes ses formes ne peut être combattue que par une approche fondée sur la science des aliments, notamment par la fourniture d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi ou d'aliments «sains» enrichis en micronutriments pour combattre les carences en micronutriments ou les effets négatifs sur la santé des aliments à teneur élevée en graisse, sel et sucre (aliments «HFSS»). Il faut réorganiser les systèmes agroalimentaires pour garantir la disponibilité en fruits et légumes et veiller à ce que les régimes alimentaires soient suffisamment divers, équilibrés et composés des différents groupes d'aliments. Cela signifie qu'il faut privilégier l'accès à des régimes alimentaires adéquats et viables du point de vue social et environnemental, plutôt qu'à des calories bon marché. Toute initiative visant à s'attaquer aux diverses formes de malnutrition décrites ci-dessus doit donc tendre vers la définition de nouvelles priorités et non empêcher cette réorientation.

III. Combattre les carences en micronutriments

A. Initiatives récentes axées sur la nutrition

13. Un certain nombre d'initiatives ont récemment été entreprises pour combattre les carences en micronutriments en allant au-delà des méthodes classiques consistant à réduire les apports caloriques. En 2006, le Programme alimentaire mondial et le Fonds des Nations

²² R. Nugent et A. Feigl, «Where have all the donors gone? Scarce donor funding for non-communicable diseases», Center for Global Development Working Paper n° 228 (Washington, 2010), p. 17.

²³ Ala Din Alwan *et al.*, «Le développement en danger: s'attaquer aux maladies non transmissibles lors de la réunion de haut niveau des Nations Unies», *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, vol. 89 (2011), p. 546 à 546A.

²⁴ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde: Le financement des systèmes de santé – Le chemin vers une couverture universelle* (Genève, 2010), p. 5.

²⁵ A. Ramachandran *et al.*, «Increasing expenditure on health care incurred by diabetic subjects in a developing country: a study from India», *Diabetes Care*, vol. 30, n° 2 (2007), p. 252 à 256.

²⁶ A. Mahal *et al.*, *The Economic Implications of Non-Communicable Disease for India*, Health Nutrition and Population Discussion Paper (Washington, Banque mondiale, 2010).

Unies pour l'enfance (UNICEF) ont lancé l'Initiative visant à éliminer la faim et la dénutrition chez les enfants. En 2008, la FAO, l'OMS et l'UNICEF ont mis en place un partenariat visant à éliminer la faim et la dénutrition chez les enfants (programme REACH), qui vise à intensifier la lutte contre la dénutrition infantile par le biais d'une action concertée entre les organismes des Nations Unies, la société civile, les donateurs et le secteur privé dans le cadre de plans nationaux. L'Équipe spéciale de haut niveau du Secrétaire général sur la crise mondiale de la sécurité alimentaire, qui est composée de 22 membres, a actualisé son plan d'action afin de mettre l'accent sur les liens entre l'agriculture, les systèmes alimentaires et la nutrition dans le cadre de l'action menée en faveur de la sécurité alimentaire et nutritionnelle. Enfin, le Mouvement de renforcement de la nutrition (SUN), initiative pluripartite qui a été lancée en 2009 et qui s'est développée depuis la présentation du cadre SUN en avril 2010, vise à favoriser les mesures et les investissements ciblés pour améliorer la nutrition maternelle et infantile pendant la période des mille jours qui s'écoule entre le début d'une grossesse et le deuxième anniversaire de l'enfant, durant laquelle l'amélioration de la nutrition peut changer l'avenir de l'enfant.

14. Outre le fait d'encourager les gouvernements à adopter des plans nationaux pour mieux intégrer la nutrition dans leurs différentes politiques sectorielles, le mouvement SUN prévoit la création de partenariats entre les entreprises, la société civile et les gouvernements pour renforcer la nutrition grâce à des initiatives de sensibilisation qui s'inscrivent dans une chaîne de valeur nationale. Les initiatives du secteur privé visent notamment à fournir des produits alimentaires enrichis, à promouvoir des comportements nutritionnels sains, à créer des environnements de travail ouverts aux femmes pour leur permettre de mieux se nourrir et nourrir leurs enfants, à ouvrir l'accès à des produits nutritionnels de qualité aux groupes ayant des revenus modestes, et à renforcer les capacités locales grâce à la transmission de savoir-faire et de technologie. Certains de ces partenariats bénéficient de l'appui de l'Alliance mondiale pour une meilleure nutrition. Partenariat entre les secteurs public et privé, l'Alliance mondiale a été lancée en 2002 lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée aux enfants. Depuis cette date, elle a permis de nouer des liens avec 600 entreprises dans le cadre de 36 projets de grande envergure menés dans plus de 25 pays afin d'améliorer l'accès aux micronutriments qui font défaut dans les régimes alimentaires. D'après les responsables de l'Alliance mondiale, près de 400 millions de personnes bénéficient ainsi de produits alimentaires enrichis sur le plan nutritionnel.

B. L'enjeu de la durabilité

15. Le présent rapport n'a pas pour objet d'évaluer les divers projets et initiatives de promotion de la nutrition menés dans le cadre du mouvement SUN. Il faut se féliciter de l'intérêt accru pour la question de la nutrition au niveau international. Il faut aussi se féliciter que le mouvement SUN mette l'accent sur le fait que les initiatives de renforcement de la nutrition doivent être menées par les autorités nationales à la faveur d'une approche transsectorielle, et qu'il rassemble la bonne volonté et l'appui de gouvernements de pays en développement, de donateurs, de la société civile, d'organismes de développement et du secteur privé. Toutefois, dans le cadre de la fourniture de leur assistance, ces acteurs ne doivent pas oublier les obligations qui ont été définies par le droit international eu égard aux femmes, aux enfants, aux minorités, aux réfugiés, aux personnes déplacées, ainsi qu'à d'autres groupes qui peuvent être victimes de marginalisation et de discrimination. Le Rapporteur spécial, tout en se félicitant des progrès réalisés dans le cadre du mouvement SUN, lance un appel exprès pour que les initiatives menées soient pleinement conformes aux droits de l'homme, y compris le droit à l'alimentation. Un certain nombre d'observations doivent être faites à cet égard.

16. Premièrement, il est troublant que le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel²⁷ (1981) et les résolutions ultérieures de l'Assemblée mondiale de la santé ne soient toujours pas pleinement appliqués, alors même que l'on s'accorde généralement à reconnaître que l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois et la poursuite de l'allaitement, conjugué à d'autres aliments complémentaires, jusqu'à l'âge de 2 ans ou au-delà est le meilleur moyen d'alimenter les nourrissons et les jeunes enfants, et de réduire le risque d'obésité et de MNT plus tard dans la vie²⁸. Les pays désireux de renforcer la nutrition devraient commencer par réglementer la commercialisation du lait maternisé et d'autres substituts du lait maternel, conformément à la résolution 63.23 de l'Assemblée mondiale de la santé, et par appliquer l'ensemble des recommandations de l'OMS sur la commercialisation des substituts du lait maternel et des aliments et boissons non alcoolisés destinés aux enfants, conformément à la résolution 63.14 de l'Assemblée mondiale de la santé.

17. Deuxièmement, la priorité accordée aux femmes enceintes et allaitantes et aux nourrissons dans le cadre de certaines initiatives récentes en matière de nutrition, si elle peut se comprendre, ne doit pas faire oublier qu'il faut aussi s'occuper des besoins nutritionnels d'autres catégories, notamment les enfants, les femmes qui ne sont pas enceintes ou qui n'allaitent pas, les adolescents et les personnes âgées. Le droit à une alimentation suffisante, qui inclut le droit à une nutrition satisfaisante, est un droit universel garanti à tous. Cela signifie qu'il faut mettre en œuvre de vastes stratégies nationales en faveur de la réalisation du droit à l'alimentation qui traitent de tous les facteurs à l'origine de la malnutrition, plutôt que d'entreprendre des initiatives trop ciblées qui répondent aux besoins spécifiques du développement de l'enfant entre la conception et le deuxième anniversaire.

18. Troisièmement, même si elles sont essentielles, les initiatives visant à améliorer la nutrition, en particulier celle des femmes enceintes ou allaitantes et des enfants de moins de 2 ans, ne sauraient remplacer le fait de s'attaquer aux causes structurelles de la dénutrition ou des régimes alimentaires inadaptés. Le Rapporteur spécial a déjà évoqué ces causes structurelles, en particulier le fait que les systèmes alimentaires inéquitables n'incluaient pas suffisamment les petits agriculteurs les plus pauvres et ne contribuaient pas à réduire la pauvreté rurale²⁹; et le fait que la priorité avait été donnée à la monoculture de certaines variétés au détriment de systèmes agricoles plus divers qui permettraient d'obtenir des régimes alimentaires plus adéquats³⁰. Les violations des droits de la femme, les inégalités entre les sexes et la non-autonomisation des femmes sont d'autres grands facteurs qui expliquent les problèmes de nutrition. Des mesures visant à améliorer l'accès des femmes à des ressources productives³¹, à aider les femmes à prendre des décisions concernant le budget du ménage³² et à protéger les femmes contre les pressions, notamment d'ordre

²⁷ Adopté par l'Assemblée mondiale de la santé dans sa résolution 34.22.

²⁸ Voir la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (résolution 66/2 de l'Assemblée générale, annexe, par. 43 i)).

²⁹ A/HRC/13/33 et A/66/262 (chaînes alimentaires), A/65/281 (accès à la terre), A/64/170 (politiques semencières).

³⁰ A/HRC/16/49, par. 26 et 27.

³¹ Voir FAO, *La situation mondiale de l'alimentation et de l'agriculture 2010-2011: Le rôle des femmes dans l'agriculture – Comblent le fossé entre les hommes et les femmes pour soutenir le développement* (Rome, 2011); éliminer les inégalités de salaire entre les sexes dans le secteur agricole contribuerait à faire augmenter la production agricole de 2,5 à 4 %, et donc à réduire la pauvreté et la faim (p. vi).

³² M. Walsh, «Women in food aid interventions: impacts and issues», dans *Time for Change: Food Aid and Development* (Programme alimentaire mondial, Rome, 2008); les chances de survie d'un enfant augmentent de 20 % lorsque sa mère contrôle le budget du ménage.

économique, qui font qu'elles renoncent à des pratiques d'allaitement optimal, contribueraient grandement à améliorer la situation sur le plan de la nutrition.

19. Les efforts doivent se poursuivre sur tous ces fronts. Les initiatives dans le domaine de la nutrition ne doivent être qu'une composante de plus vastes stratégies en faveur de la réalisation du droit à une alimentation suffisante. Par exemple, la fourniture d'aliments fortifiés (enrichis pour améliorer leur qualité nutritionnelle) peut être nécessaire lorsque la production locale est insuffisamment diversifiée et n'offre pas tous les aliments nécessaires pour avoir un régime équilibré. Il sera plus viable à long terme de reconstruire et de renforcer les systèmes alimentaires locaux par le biais de systèmes agricoles diversifiés pour garantir l'accessibilité à des régimes alimentaires satisfaisants. Des systèmes alimentaires fondés sur les conditions et les connaissances locales, telles que des fermes familiales ou des jardins communautaires, peuvent être un moyen efficace et peu onéreux de combattre les carences en micronutriments, comme en témoignent les expériences menées au Bangladesh, au Cambodge, au Népal, au Niger et en Afrique du Sud³³; ces autres formes de systèmes alimentaires offrent en plus l'avantage d'accroître les revenus locaux et de mieux résister aux fluctuations de prix, autre façon d'améliorer la situation sur le plan nutritionnel.

20. Quatrièmement, il est légitime de s'interroger sur les liens entre les solutions qui reposent sur des produits et des technologies importés et les contextes locaux dans lesquels ces solutions sont appliquées. La technologie a un rôle clef à jouer dans l'amélioration de la nutrition. Par exemple, l'iodation du sel est un moyen rentable de réduire les carences en iode. La biofortification (amélioration de la teneur en micronutriments des cultivars) présente des avantages importants pour les populations rurales, en améliorant leur accès à des aliments riches en micronutriments produits localement à des prix plus abordables, comme le montre l'adoption de la patate douce orange au Mozambique qui a permis de réduire sensiblement les carences en vitamine A³⁴. Toutefois, ces technologies peuvent aussi entraîner une dépendance à long terme des communautés concernées si elles sont protégées par des droits de propriété intellectuelle. En outre, les agriculteurs locaux peuvent voir leurs possibilités d'accès aux marchés réduites si les technologies donnent lieu à la création de marchés qui sont investis par les acteurs économiques ayant introduit ces technologies.

21. Le débat entourant les contributions apportées par l'Alliance mondiale pour une meilleure nutrition est instructif à cet égard. L'une des raisons pour lesquelles les entreprises collaborent avec l'Alliance est la volonté de toucher le «bas de la pyramide», c'est-à-dire des clients potentiels qui sont trop pauvres pour constituer un marché solvable à court terme. Pourtant, les initiatives soutenues par l'Alliance ne doivent pas empêcher l'émergence de solutions équitables et durables dans le cadre desquelles des producteurs locaux desservent la population. Certains projets entrepris dans le cadre de l'Alliance contribuent effectivement à renforcer les capacités des partenaires locaux et se poursuivent

³³ Voir M. Faber et A. J. S. Benadé, «Integrated home-gardening and community-based growth monitoring activities to alleviate vitamin A deficiency in a rural village in South Africa», *Food, Nutrition and Agriculture*, n° 32 (2003), p. 24 à 32. Voir aussi A/HRC/19/59/Add.3, par. 47 à 49 (sur les potagers familiaux et l'agriculture urbaine dans la province du KwaZulu-Natal). Pour des exemples en Asie, voir Helen Keller International, «Homestead Food Production for Improving Micronutrient Status of Women and Children, Poverty Reduction and Promotion of Gender Equality», 2006, et Banque mondiale, *From Agriculture to Nutrition: Pathways, Synergies and Outcomes* (Washington, 2007), p. 39 à 42.

³⁴ J. Low *et al.*, «A food-based approach introducing orange-fleshed sweet potatoes increased vitamin A intake and serum retinol concentrations among young children in rural Mozambique», *Journal of Nutrition*, vol. 137 (2007), p. 1320 à 1327.

dans le long terme sans appui extérieur. Cela étant, toutes les initiatives en la matière doivent inclure une stratégie de sortie claire pour donner aux communautés les moyens de se nourrir elles-mêmes. À cet égard, les donateurs devraient subordonner leur appui à l'Alliance au principe de subsidiarité et à l'adoption d'une stratégie de sortie claire. Comme indiqué en particulier dans l'avant-projet de code de régimes alimentaires durables, «lorsque des écosystèmes permettent d'avoir des régimes alimentaires durables, les programmes, politiques et initiatives de nutrition appuyant le recours à des suppléments, des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi, des fortifiants et du lait maternisé ne présentent aucun intérêt et peuvent contribuer à la malnutrition, et ... la commercialisation de ces substituts alimentaires et produits connexes peut favoriser les problèmes de santé publique»³⁵.

C. La valeur ajoutée d'un cadre fondé sur les droits de l'homme

22. Les initiatives de nutrition évoquées plus haut peuvent être renforcées en adoptant une approche fondée sur les droits de l'homme (responsabilisation, participation et non-discrimination) et en les intégrant dans des stratégies nationales plus vastes en faveur de la réalisation du droit à l'alimentation. Cela permettra non seulement de gagner en efficacité mais aussi de contribuer à la recherche de solutions viables à long terme.

23. La *responsabilisation* signifie, une fois les engagements souscrits et les objectifs fixés, qu'il faut suivre les progrès accomplis, notamment en ce qui concerne la fourniture des ressources, et redéfinir les moyens à mettre en œuvre si les résultats n'ont pas été obtenus. Il est donc essentiel que des indicateurs soient définis pour évaluer les contributions, les résultats et les moyens d'action et que des mesures correctives soient prises lorsque les ressources promises n'ont pas été fournies ou lorsque les résultats ne répondent pas aux attentes³⁶.

24. Conformément au principe 10.3 des directives relatives au droit à l'alimentation, le critère de *participation* signifie qu'il faut tenir compte des circonstances locales en ce qui concerne l'agriculture et la nutrition. Il signifie aussi que les solutions seront fonction de la demande, que des partenaires locaux seront recherchés et que l'action nationale sera distinguée de l'action gouvernementale. L'exigence de participation suppose aussi de rechercher d'autres solutions fondées sur les conditions et les connaissances locales, telles que des fermes familiales ou des jardins communautaires. La participation exige que les bénéficiaires prennent part au processus d'évaluation et à la définition de solutions dont ils peuvent tirer le plus grand profit. Il ne s'agit pas seulement de donner des moyens d'autonomisation mais aussi de renforcer l'efficacité des initiatives entreprises en créant une chaîne de réaction positive pour faciliter l'apprentissage continu et l'amélioration des politiques.

25. Le principe de *non-discrimination* permet de cibler les mesures, en mettant l'accent sur les groupes les plus vulnérables et marginalisés, et de tenir compte des questions relatives à la parité des sexes. Enfin, l'adoption de *stratégies nationales en faveur de la réalisation du droit à l'alimentation* par les gouvernements, au moyen d'une approche participative, devrait permettre de recenser les besoins de tous les groupes, notamment ceux des femmes enceintes et allaitantes et ceux des jeunes nourrissons, et de prévoir des

³⁵ Rapport final du Colloque scientifique international sur la biodiversité et les régimes alimentaires durables (voir note de bas de page 4), p. 16.

³⁶ On pourra prendre comme exemple la Stratégie mondiale du Secrétaire général pour la santé de la femme et de l'enfant lancée le 22 septembre 2010, qui est expressément fondée sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint et accorde une place centrale à la responsabilisation.

mesures pour répondre à ces besoins. Les stratégies nationales devraient viser à améliorer la nutrition non seulement dans la petite enfance mais aussi à des stades ultérieurs, en adoptant une perspective sur toute la durée de vie comme l'a recommandé l'OMS³⁷, afin de tenir compte du fait, notamment, que par rapport à l'allaitement maternel, le lait maternisé peut être un facteur d'obésité; ces stratégies devraient faciliter la coordination interdépartementale, étant donné que le droit à des régimes alimentaires adéquats exige une action concertée entre tous les organismes publics compétents, et devraient permettre d'établir un cadre pluriannuel stable offrant des conditions favorables à l'investissement privé et à la poursuite de l'action gouvernementale.

IV. Lutter contre le surpoids et l'obésité

A. Le rôle des systèmes agroalimentaires

26. Dans la deuxième partie, le Rapporteur spécial a évoqué l'augmentation considérable des maladies non transmissibles et des décès évitables dans toutes les régions. De nombreux facteurs expliquent cette évolution, parmi lesquels la consommation de tabac et d'alcool, la moindre activité physique liée à l'urbanisation et partant, à des styles de vie plus sédentaires et l'inadéquation des régimes alimentaires. Ces décès évitables sont souvent attribués à des «choix de modes de vie» (choix de faire moins d'exercice physique, de consommer davantage de sel, de sucres et de graisses) même si le problème est systémique. Nous avons créé un environnement favorable à l'obésité et développé des systèmes alimentaires qui, plutôt que de nous permettre de faire des choix plus sains, nous en empêchent³⁸. La transformation des systèmes agroalimentaires joue un rôle essentiel dans ce phénomène.

1. Politiques agricoles

27. La production agricole s'est considérablement accrue au cours des quarante dernières années, sous l'effet combiné de la sélection des cultures, de l'utilisation intensive des engrais, de la mécanisation de la production sur de grandes exploitations dans de nouvelles zones de culture et, dans les pays qui en avaient les moyens, de subventions visant à aider les agriculteurs et à financer des activités de recherche et de développement intensives. Cela étant, un déséquilibre s'est créé. La production de certaines céréales de base et de soja a été privilégiée, et les subventions accordées ont été en partie responsables de la surproduction et de la surconsommation³⁹. À l'inverse, trop peu de mesures ont été prises pour accroître l'offre de légumes secs comme les lentilles ou les pois cajan, ou de fruits et légumes à des prix abordables, notamment en réduisant les pertes après récolte et en améliorant la commercialisation des produits grâce à de meilleures infrastructures de transports reliant les agriculteurs aux consommateurs.

28. Quel a été le résultat? Entre 1961 et 2009, la production de fruits et légumes a augmenté de 332 %, alors que la production mondiale d'oléoprotéagineux s'est accrue de

³⁷ Voir la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, résolution 57.17 de l'Assemblée mondiale de la santé, annexe, par. 28. Sur l'importance de cette démarche, voir R. Uauy et J. Kain «The epidemiological transition: need to incorporate obesity prevention into nutrition programmes», *Public Health Nutrition*, vol. 5, n° (2002), p. 223 à 229.

³⁸ Voir D. Stuckler et K. Siegel, éd., *Sick Societies: Responding to the Global Challenge of Chronic Disease* (New York, Oxford University Press, 2011).

³⁹ Voir L. S. Elinder, «Obesity, hunger and agriculture: the damaging role of subsidies», *British Medical Journal*, vol. 331, n° 7528 (2005), p. 1333 à 1336.

610 % et celle de viande de 372 %⁴⁰. Cette évolution s'est accompagnée d'un changement d'alimentation. Pendant presque la même période (1963-2003), le nombre de calories consommées dans les pays en développement a augmenté de 119 % pour la viande, 127 % pour le sucre et 199 % pour les huiles végétales. La consommation d'huile végétale a également augmenté dans les pays industrialisés (105 %). Dans l'ensemble, l'alimentation est devenue de plus en plus énergétique et riche en sucre, sel et graisses saturées, une grande partie des aliments riches en fibres étant remplacée par des aliments fortement transformés⁴¹.

29. Les politiques agricoles ont produit ces changements dans l'alimentation par deux biais. Tout d'abord, le maïs et le soja sont devenus des intrants commodes et bon marché pour l'industrie agroalimentaire et de l'élevage. La plus grande partie de la production mondiale de soja est transformée en aliments pour animaux et en huile végétale. Des quantités croissantes de céréales (essentiellement du maïs) sont utilisées pour produire des édulcorants à base d'amidon (sirop de maïs à haute teneur en fructose), ce qui explique en grande partie l'augmentation de la consommation d'édulcorants caloriques dans le monde. En 2000, une personne en consommait en moyenne 306 kcal par jour, soit un tiers de plus environ qu'en 1962, et les édulcorants caloriques représentaient une grande partie des hydrates de carbone consommés et des apports énergétiques⁴². L'industrie agroalimentaire a réagi à la baisse importante des prix des cultures de base par une «valeur ajoutée» en transformant lourdement les aliments, ce qui a conduit à une alimentation riche en acides gras saturés et trans, en sel et en sucres. Ce phénomène, conjugué à l'urbanisation et au taux d'emploi plus élevé des femmes, a accéléré le développement des aliments transformés destinés aux marchés internes ou à l'exportation.

30. La modification des prix des denrées alimentaires dans le panier de la ménagère est le deuxième facteur à l'origine du changement des régimes alimentaires. Dans les pays à revenu élevé, les régimes alimentaires sains comprenant une grande variété de fruits et légumes sont plus onéreux que les régimes riches en huiles, sucres et graisses⁴³. Bien que le prix ne soit pas la cause unique de l'aggravation du problème du surpoids et de l'obésité au fil des années, il s'agit certainement de l'un des facteurs à l'origine de la situation, qui créé des disparités socioéconomiques importantes dans la qualité des régimes alimentaires. Les scientifiques ont démontré l'existence d'une forte corrélation entre faibles niveaux d'instruction et de revenu et taux élevés d'obésité, de diabète de type II et de cardiopathie coronarienne⁴⁴.

31. Cette situation ne peut perdurer. Toute société dans laquelle un régime alimentaire sain coûte plus cher qu'un régime déséquilibré est une société dont le système de prix doit

⁴⁰ Conseil de Chicago pour les affaires mondiales, *Bringing Agriculture to the Table: How Agriculture and Food Can Play a Role in Preventing Chronic Disease* (2011) (étude réalisée par un groupe d'experts présidé par Rachel Nugent), p. 29.

⁴¹ J. Kearney, «Food consumption trends and drivers», *Philosophical Transactions of The Royal Society*, vol. 365, n° 1554 (2010), p. 2795.

⁴² B. M. Popkin et S. J. Nielsen, «The sweetening of the world's diet», *Obesity Research*, vol. 11 (2003), p. 1326 et 1328.

⁴³ P. Monsivais *et al.*, «Following federal guidelines to increase nutrient consumption may lead to higher food costs for consumers», *Health Affairs*, vol. 30, n° 8 (2011), p. 1471 à 1477; C. Rehm *et al.*, «The quality and monetary value of diets consumed by adults in the United States», *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 94, n° 5 (2011), p. 1333 à 1339.

⁴⁴ J. Banks *et al.*, «Disease and disadvantage in the United States and in England», *Journal of the American Medical Association*, vol. 295, n° 17 (2006), p. 2037 à 2045; P. Monsivais *et al.*, «Are socio-economic disparities in diet quality explained by diet cost?», *Journal of Epidemiology and Community Health* (en ligne seulement), 2010.

être réformé. Cela s'impose d'autant plus lorsque les plus pauvres n'ont pas les moyens de s'alimenter d'une manière qui ne soit pas nuisible à leur santé.

2. La mondialisation des chaînes alimentaires

32. La mondialisation des chaînes d'approvisionnement alimentaire a deux répercussions sur la nutrition. Tout d'abord, les pays en développement exportent généralement des aliments de qualité, notamment des fruits et des légumes tropicaux, vers les pays riches et importent des grains raffinés. Cela a signifié que si l'augmentation des échanges a provoqué une baisse des prix des macronutriments dans les pays à faible revenu (même s'ils sont devenus plus vulnérables aux flambées des prix), il s'est produit l'inverse pour les produits riches en micronutriments, ce qui a amené les familles pauvres des pays en développement à adopter des régimes alimentaires peu variés et pauvres en micronutriments, composés essentiellement de féculents, les régimes plus diversifiés étant devenus inabordable ou plus onéreux que les régimes uniquement composés de denrées de base⁴⁵. La nutrition peut donc être influencée par cet «effet de prix» qu'a entraîné l'évolution des prix relatifs des produits alimentaires de base.

33. Par ailleurs, la mondialisation des chaînes alimentaires entraîne une transformation des régimes alimentaires riches en fibres et en glucides complexes qui deviennent plus riches en graisses et en sucres. Du fait de cette «transition nutritionnelle», on a observé un changement des schémas épidémiologiques, auparavant marqués par la prédominance des maladies infectieuses et des maladies provoquées par des carences alimentaires, qui sont désormais caractérisés par des taux plus élevés de maladies cardiovasculaires, de diabète de type II, par certains types de cancer et par l'obésité⁴⁶. Cette tendance est particulièrement marquée dans les pays émergents⁴⁷, et le Rapporteur spécial s'est penché sur les mécanismes à l'œuvre lors de ses missions au Brésil⁴⁸, en Chine⁴⁹, en Afrique du Sud⁵⁰ et au Mexique⁵¹. Le développement du commerce des produits alimentaires et l'intégration verticale rapide des chaînes alimentaires, qui augmentent l'offre d'aliments transformés, accélèrent la transition nutritionnelle.

34. Alors que la mondialisation des chaînes alimentaires a permis à certains consommateurs de disposer tout au long de l'année d'un grand choix d'aliments, elle a eu des répercussions négatives sur les systèmes alimentaires locaux et a augmenté l'empreinte écologique des systèmes alimentaires. Elle a aussi conduit de nombreux consommateurs à consommer davantage de féculents, de viande et de produits laitiers, d'huile végétale, de sel et de sucre et moins de fibres alimentaires. Par exemple, l'augmentation rapide de la consommation d'huile végétale (et donc des régimes alimentaires riches en graisses) peut s'expliquer en grande partie par l'arrivée soudaine d'huile végétale bon marché (notamment

⁴⁵ M. T. Ruel, «Operationalizing dietary diversity: a review of measurement issues and research priorities», *Journal of Nutrition*, vol. 133, n° 11 (2003), p. 3911S à 3926S.

⁴⁶ C. Gopalan, *Nutrition in Developmental Transition in South-East Asia*, SEARO Regional Health Paper No. 21 (New Delhi, Organisation mondiale de la santé, 1992).

⁴⁷ B. M. Popkin et P. Gordon-Larsen, «The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants», *International Journal of Obesity*, vol. 28 (2004), p. S2 à S9; A. M. Thow, «Trade liberalisation and the nutrition transition: mapping the pathways for public health nutritionists», *Public Health Nutrition*, vol. 12 (2009), p. 2150.

⁴⁸ A/HRC/13/33/Add.6, par. 5 à 7.

⁴⁹ A/HRC/19/59/Add.1, par. 20 et 21.

⁵⁰ A/HRC/19/59/Add.3, par. 55 et 56.

⁵¹ A/HRC/19/59/Add.2, par. 48 à 50.

de l'huile de soja) sur le marché mondial⁵². L'accroissement de l'investissement étranger direct dans l'industrie agroalimentaire et le développement des supermarchés ont permis à de nouvelles catégories de consommateurs (mais pas aux plus pauvres) d'avoir accès aux aliments transformés, notamment aux sodas. Par exemple, après l'entrée en vigueur de l'Accord de libre-échange nord-américain, les entreprises américaines ont augmenté considérablement leurs investissements dans l'industrie agroalimentaire au Mexique (de 210 millions de dollars en 1987 à 5,3 milliards en 1999) et les ventes d'aliments transformés ont augmenté dans ce pays à un rythme annuel de 5 à 10 % entre 1995 et 2003⁵³. L'augmentation de la consommation de sodas et de collations par les enfants mexicains qui en est résultée explique les taux très élevés d'obésité chez ces enfants.

35. Les conséquences de la mondialisation croissante des chaînes alimentaires et de l'uniformisation des régimes alimentaires sur la planète ont été différentes selon les catégories de population. Lorsqu'un pays atteint un niveau de revenu plus élevé, le surpoids et l'obésité ne concernent plus les mêmes personnes. Dans les pays pauvres, les plus pauvres ont de faibles risques d'obésité⁵⁴, mais dans les pays en développement à revenu moyen et supérieur (qui disposent d'un produit national brut par habitant supérieur à 2 500 dollars É.-U.) et dans les pays à revenu élevé, ce sont les plus pauvres qui sont les plus touchés⁵⁵. Dans les pays à revenu élevé, où les pauvres sont frappés de manière disproportionnée par le surpoids et l'obésité, les femmes sont particulièrement exposées, car leur revenu est en moyenne inférieur à celui des hommes et parce que les hommes de classe sociale modeste ont souvent une activité professionnelle physique qui entraîne de grosses dépenses énergétiques. Les femmes en surpoids ou obèses ont souvent des enfants qui ont eux-mêmes tendance à être en surpoids ou obèses, donc à être moins productifs mais plus victimes de discrimination. Les inégalités socioéconomiques se perpétuent donc à travers les générations par le biais du surpoids ou de l'obésité⁵⁶.

3. La commercialisation des aliments et des boissons

36. Les pratiques commerciales de l'industrie agroalimentaire, notamment à l'intention des enfants, constituent actuellement un sujet de préoccupation important. Ces pratiques revêtent des formes variées, notamment la publicité télévisée, le placement de produits, les partenariats promotionnels, la promotion des ventes et le marketing direct dans les écoles. La plupart des publicités vantent les mérites d'aliments préjudiciables pour la santé, riches en énergie, en sucres et en graisses et pauvres en nutriments. Une étude récente portant sur la publicité télévisée en Australie, en Asie, en Europe occidentale et en Amérique du Sud et du Nord révèle que, dans tous les pays sélectionnés, les enfants sont exposés à de nombreuses publicités télévisées pour des aliments préjudiciables pour la santé, qui utilisent

⁵² C. Hawkes, «Uneven dietary development: linking the policies and processes of globalization with the nutrition transition, obesity and diet-related chronic diseases», *Globalization and Health*, vol. 2, n° 4 (2006).

⁵³ Ibid. (il est indiqué que la consommation de Coca-Cola est passée de 275 verres de 240 ml par personne et par an en 1992 à 487 en 2002, soit encore plus qu'aux États-Unis), septième page. Voir aussi A. Jiménez-Cruz *et al.*, «Consumption of fruit, vegetables, soft drinks, and high-fat-containing snacks among Mexican children», *Archives of Medical Research*, vol. 33, n° 1 (2002), p. 74 à 80; T. L. Leatherman et A. Goodman, «Coca-Colonization of diets in the Yucatan», *Social Science and Medicine*, vol. 61, n° 4 (2005), p. 833 à 846.

⁵⁴ Pour le Brésil, voir R. B. Levy-Costa *et al.*, «Household food availability in Brazil: distribution and trends (1974-2003)», *Revista de Saúde Pública*, vol. 39, n° 4 (2005), p. 530 à 540 (il est indiqué que la catégorie dont les revenus correspondent à cinq fois le salaire minimum par habitant a fortement accru sa consommation d'aliments riches en graisses, au détriment des carbohydrates).

⁵⁵ Popkin et Gordon-Larsen, «The nutrition transition», p. S6.

⁵⁶ F. Sassi, *L'obésité et l'économie de la prévention: objectif santé* (OCDE, 2010), p. 83 et 84.

des techniques de persuasion ciblées, ce qui a amené les auteurs à réclamer une réglementation de la publicité pour les aliments aux heures de grande audience pour les enfants⁵⁷. Ces pratiques commerciales ont une grande influence sur le comportement des consommateurs dans les pays en développement, notamment parce que les marques des multinationales des pays du Nord, ont une connotation positive⁵⁸.

B. Refaçonner les systèmes agroalimentaires

37. Les gouvernements ont pris conscience des effets négatifs du développement des maladies non transmissibles provoquées par un allaitement insuffisant et une mauvaise alimentation du jeune enfant et par des régimes alimentaires préjudiciables pour la santé et reconnaissent qu'il est urgent de prendre des mesures. En 2002 et en 2004 respectivement, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Cette dernière recommande notamment de limiter l'apport énergétique provenant de la consommation de graisses et de réduire la consommation de graisses saturées et d'acides gras trans pour privilégier les graisses non saturées; de consommer davantage de fruits et légumes ainsi que de légumineuses, de céréales complètes et de noix; de limiter la consommation de sucres libres; de limiter la consommation de sel et de veiller à consommer du sel iodé⁵⁹. Les États sont encouragés à adopter une stratégie nationale pour l'alimentation et l'exercice physique; à donner des informations exactes et objectives aux consommateurs; à adopter des politiques alimentaires et agricoles compatibles avec les impératifs de santé publique et à s'appuyer sur les politiques et les programmes scolaires pour encourager l'adoption d'une alimentation saine. Les producteurs d'aliments pour nourrissons doivent appliquer les dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions subséquentes pertinentes de l'Assemblée mondiale de la santé et appliquer les normes du Codex Alimentarius à leur production. L'industrie agroalimentaire devrait réduire la teneur en graisses, en sucres et en sel ainsi que la taille des portions des aliments transformés, proposer davantage d'aliments sains et nutritifs et revoir ses pratiques de commercialisation. Plus récemment, en 2011, les gouvernements se sont engagés à promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement maternel et à renforcer la mise en œuvre du Code international pour «réduire les effets des facteurs de risque courants des maladies non transmissibles» y compris l'alimentation préjudiciable à la santé, en appliquant «les stratégies et accords internationaux pertinents ainsi que des mesures éducatives, législatives, réglementaires et fiscales»⁶⁰.

38. Ces avancées restent insuffisantes au vu de la situation. Les mesures prises sont très largement axées sur la demande et les choix des consommateurs et ne portent pas suffisamment sur l'offre, à savoir la gamme d'aliments proposés aux consommateurs et les prix des différents types de produits alimentaires. Par ailleurs, les engagements continuent à être volontaires. Les États devraient protéger le droit à une alimentation suffisante en adoptant des mesures qui réduisent les effets négatifs sur la santé publique des systèmes alimentaires existants. De plus, les États devraient s'acquitter de leur devoir de garantir le

⁵⁷ B. Kelly *et al.*, «Television food advertising to children: a global perspective», *American Journal of Public Health*, vol. 100, n° 9 (2010), p. 1730 à 1736.

⁵⁸ OMS, *Marketing of Food and Non-Alcoholic Beverages to Children: Report of a WHO Forum and Technical Meeting, Oslo, 2-5 mai 2006*, p. 10.

⁵⁹ Résolution 57.17 de l'Assemblée mondiale de la santé, annexe, par. 22.

⁶⁰ Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale (note de bas de page 28 ci-dessus), par. 43.

droit à une alimentation suffisante en prenant des mesures immédiates afin de réaliser une transition progressive vers des régimes alimentaires plus durables.

1. Protéger et promouvoir des régimes alimentaires adéquats

a) Utiliser la fiscalité pour encourager des régimes alimentaires sains

39. La Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé de l'OMS fait fond sur la nécessité de repenser les politiques fiscales et agricoles pour les rendre compatibles avec les mesures de santé publique (par. 41 2) et 4)). Le recours à des taxes sur les aliments et à des subventions pour promouvoir l'adoption d'un régime alimentaire sain est un moyen efficace et peu coûteux qui s'adresse à toute la population et peut avoir des répercussions importantes (A/66/83, par. 42). L'introduction récente au Danemark, en Finlande, en France et en Hongrie⁶¹ de taxes sur les aliments et boissons à teneur élevée en graisses, sucres et sel (HFSS) a prouvé qu'il pouvait s'agir d'un instrument efficace. Les prix constituent un facteur déterminant important des niveaux de consommation et l'élasticité de la demande est particulièrement élevée pour les collations et les boissons consommées à l'extérieur du foyer. Les études montrent qu'une taxe de 10 % sur les sodas, qui ont des effets négatifs considérables sur la santé⁶², pourrait entraîner une baisse de 8 à 10 % des achats de ces boissons⁶³. L'argument généralement avancé lorsque l'on envisage d'imposer de telles taxes est qu'elles pourraient pénaliser les catégories les plus pauvres de la population, qui consacrent une part proportionnellement plus importante de leur revenu à l'alimentation et sont souvent contraintes d'adopter des régimes alimentaires dommageables pour la santé. On peut y remédier en utilisant les recettes fiscales pour rendre les aliments sains plus accessibles, car ce sont les prix relatifs qui doivent changer. Les pauvres sont doublement pénalisés, parce que les aliments et sodas riches en HFSS sont bon marché et parce que les régimes alimentaires sains sont chers⁶⁴.

b) Revoir le système de subventions existant

40. Là où les subventions sont utilisées comme instrument de politique agricole, elles profitent souvent aux gros producteurs de céréales et de soja ou à l'industrie de l'élevage. Les éventuels effets externes négatifs sur la santé publique et l'environnement ne sont

⁶¹ Au Danemark, la loi n° 247 du 30 mars 2011 (loi relative à la taxe sur les graisses) a imposé, à partir du 1^{er} octobre 2011, une nouvelle taxe sur les graisses saturées pour toute une gamme de produits alimentaires, en partant du constat que le remplacement de graisses saturées par des acides gras polyinsaturés réduit le risque de maladies cardiovasculaires (A. Astrup *et al.*, «The role of reducing intakes of saturated fat in the prevention of cardiovascular disease: where does the evidence stand in 2010?», *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 93, n° 4 (2011), p. 684 à 688). En Hongrie, depuis le 1^{er} septembre 2011, une taxe est perçue sur les produits contenant «trop» de sel, de sucres ou de graisses, c'est-à-dire sur la «malbouffe», tandis que les taxes sur les sodas ont augmenté de 10 %. Les revenus générés par ces mesures devraient permettre de faire face aux dépenses de santé.

⁶² L. R. Vartanian *et al.*, «Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis», *American Journal of Public Health*, vol. 97, n° 4 (2007), p. 667 à 675; G. Woodward-Lopez and others, «To what extent have sweetened beverages contributed to the obesity epidemic?», *Public Health Nutrition*, vol. 14, n° 3 (2011), p. 599 à 609.

⁶³ T. Andreyeva *et al.*, «The impact of food prices on consumption: a systematic review of research on the price elasticity of demand for food», *American Journal of Public Health*, vol. 100, n° 2 (2010), p. 220.

⁶⁴ Aux États-Unis, une étude pilote financée dans le cadre de la loi de 2008 sur l'alimentation, la conservation et l'énergie (*Farm Bill*) a démontré qu'une baisse de 10 % du prix des fruits et légumes entraînerait une augmentation des achats de ces produits de 7 et 5,8 % respectivement.

jamais pris en compte dans l'élaboration de ces subventions⁶⁵. Les subventions existantes doivent désormais être réexaminées afin que les politiques agricoles correspondent aux exigences des régimes alimentaires adéquats.

c) *Réglementer les pratiques du marché*

41. Les États devraient traduire dans leur législation l'ensemble des dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la santé. Toutefois, les incidences des pratiques commerciales de l'industrie alimentaire sont telles qu'elles appellent des mesures plus vigoureuses. L'autoréglementation de l'industrie agroalimentaire s'est avérée inefficace. Comme l'a indiqué le Groupe de travail international d'experts sur l'obésité lorsqu'il a élaboré les Principes de Sidney pour réduire la promotion commerciale des produits alimentaires et des boissons auprès des enfants, «les codes de l'industrie ne peuvent réduire de manière importante l'ampleur et l'impact de la publicité des aliments et des boissons obésogènes auprès des enfants qui sont élevés»⁶⁶. Une chose est d'interdire la publicité qui «exploite la crédulité des enfants», une autre en est de contrôler la quantité de messages publicitaires et l'intérêt qu'ils suscitent pour les produits et, partant, leur influence sur le régime alimentaire des enfants⁶⁷. Même les meilleures pratiques dans le domaine, comme l'engagement européen lancé en décembre 2007 par plusieurs grandes entreprises agroalimentaires, ne vont pas aussi loin qu'elles le devraient, à savoir jusqu'à l'interdiction de toute publicité pouvant encourager les enfants à consommer davantage d'aliments «HFSS»⁶⁸.

42. L'Assemblée générale a pris conscience du problème. Elle a recommandé de promouvoir l'application de l'ensemble de recommandations de l'OMS sur la commercialisation des aliments et boissons non alcoolisées destinés aux enfants⁶⁹, et a demandé aux États d'adopter une réglementation, ce qui est la manière la plus efficace de réduire la commercialisation des aliments «HFSS» destinés aux enfants (voir par. 22 et recommandation 8 de l'OMS). De fait, la protection du droit à une alimentation suffisante l'exige, mais il ne faudrait pas s'arrêter là. Les enfants ne sont pas les seules victimes des pratiques commerciales qui incitent à la consommation d'aliments «HFSS» et reposent sur des affirmations contestables sur le plan de la santé. L'influence de l'industrie alimentaire sur les régimes est bien connue⁷⁰, et les budgets publics consacrés à l'éducation nutritionnelle n'ont aucune commune mesure avec les budgets publicitaires des chaînes de restauration rapide et des entreprises de boissons sucrées⁷¹. Le Rapporteur spécial ne voit

⁶⁵ T. Lang and M. Heasman, *Food Wars: The Global Battle for Mouths, Minds and Markets* (London, Earthscan, 2004), p. 171 à 175.

⁶⁶ «The 'Sydney Principles' for reducing the commercial promotion of foods and beverages to children», *Public Health Nutrition*, vol. 11, n° 9 (2008), p. 883.

⁶⁷ C. Hawkes, «Self-regulation of food advertising: what it can, could and cannot do to discourage unhealthy eating habits among children», *Nutrition Bulletin*, vol. 30, n° 4 (2005), p. 375.

⁶⁸ S'agissant de l'identification des aliments «HFSS», voir le système de profilage des nutriments élaboré au Royaume-Uni par la Food Standards Agency (Agence des normes alimentaires), dont l'Office of Communications britannique s'est inspiré pour réglementer la publicité dans les programmes télévisés destinés aux enfants (à consulter sur le site www.food.gov.uk/consultations/ukwideconsults/2008/nutrientprofiling).

⁶⁹ Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale (note de bas de page 28 ci-dessus), par. 43 f).

⁷⁰ Voir M. Nestle, *Food Politics: How the Food Industry Influences Nutrition and Health*, 2nd ed. (University of California Press, 2007).

⁷¹ M. Story et S. French, «Food Advertising and Marketing Directed at Children and Adolescents in the US», *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 1, n° 3 (3) (2004),

pas pourquoi il faudrait continuer d'autoriser la promotion d'aliments réputés dommageables à la santé. Ces produits réduisent la durée de vie, notamment celle des catégories les plus pauvres de la population, qui ont le moins de connaissances en matière de nutrition, et le fait de ne protéger que les enfants serait comme réduire la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac à son seul article 16, relatif à la vente de produits du tabac aux mineurs. De plus, un cadre international, qui prendrait la forme d'un code de conduite international réglementant la commercialisation des aliments et boissons à l'appui des mesures prises dans les pays serait souhaitable pour prendre en compte le caractère international de la promotion commerciale des aliments et boissons riches en énergie et faibles en micronutriments.

2. La transition vers des régimes alimentaires durables

43. L'industrie agroalimentaire est incitée à produire et à développer des aliments plus sains, mais on parle très peu de la nécessité d'élaborer des systèmes alimentaires plus sains pouvant fournir des régimes alimentaires durables, dans l'acception globale décrite ci-dessus. Il est grand temps de prendre conscience de la dichotomie réelle qui existe entre une stratégie qui cherche à promouvoir des aliments transformés, enrichis avec des nutriments, au risque de médicaliser le régime alimentaire, et une stratégie favorable à des systèmes alimentaires locaux et régionaux ainsi qu'à une évolution vers des aliments moins lourdement transformés et, partant, plus nutritifs⁷². Pour des raisons logistiques et de saisonnalité, ainsi qu'en raison de l'urbanisation des modes de vie, ces deux stratégies doivent parfois être combinées, car les aliments ne peuvent tous être produits localement ni achetés sur les marchés d'agriculteurs. Ce sont néanmoins les politiques publiques qui doivent établir les priorités. Le marché des produits alimentaires ne peut se développer à l'infini et il faut faire des choix pour savoir quel système alimentaire préconiser.

44. Comme l'a souligné l'OMS, les systèmes alimentaires locaux, qui permettent aux consommateurs des villes d'avoir plus facilement accès à des aliments frais et nutritifs, notamment à des fruits et légumes, ont un rôle central à jouer dans la transition vers des systèmes alimentaires plus sains (A/66/83, par. 60). Il faut d'abord resserrer les liens entre les agriculteurs locaux et les consommateurs des villes, l'agriculture urbaine et périurbaine pouvant également jouer un rôle important à cet égard. Les programmes urbains et ruraux ont tous deux à gagner de la reconstruction de systèmes alimentaires locaux permettant aux consommateurs de s'alimenter de manière saine et durable à des prix abordables. Des chaînes d'approvisionnement plus courtes favorisent également l'adoption de ces régimes alimentaires, car elles ne sont pas contrôlées par de grands distributeurs ou entreprises agro-industrielles et ne dépendent pas de politiques nationales qui obéissent à des intérêts économiques plus larges⁷³. De plus, des chaînes alimentaires plus courtes peuvent améliorer l'accès aux marchés et accroître les revenus des petits agriculteurs locaux, dans les pays à faible revenu comme dans les pays à revenu élevé⁷⁴. Elles favorisent la biodiversité agricole

deuxième page. En 2001, le budget du Ministère de l'agriculture des États-Unis pour l'éducation nutritionnelle était de 333 millions de dollars; pour la même année, le budget publicitaire de McDonald s'élevait à 635 millions de dollars, celui de Burger King à 298 millions, et celui pour le Coca-Cola et le Coke et le Diet Coke à 224 millions de dollars.

⁷² Voir Lang et Heasman, *Food Wars*.

⁷³ *Food, Agriculture and Cities: Challenges of food and nutrition security, agriculture and ecosystem management in an urbanizing world*, exposé de la position de l'initiative multidisciplinaire Aliments pour les villes de la FAO, 2011, p. 29 et 41.

⁷⁴ Voir University of Washington Center for Public Health Nutrition, «How farmers markets can promote access to healthy food», Public Health Research Brief, août 2010; M. Ostrom *et al.*, *Engines of The New Farm Economy: Assessing and Enhancing the Benefits of Farmers Markets for Small and*

car elles permettent le développement des cultures locales au lieu de les écarter au profit de produits uniformisés destinés aux marchés mondiaux. De plus, elles réduisent la forte dépendance énergétique des systèmes alimentaires liée à l'emballage, à la transformation et aux transports des aliments.

45. Cette transition peut s'effectuer par le biais d'investissements adaptés dans l'infrastructure (routes et moyens de transport) afin de relier les producteurs locaux aux consommateurs urbains et de mesures de soutien aux marchés fermiers, mais également par l'approvisionnement d'établissements publics, comme les écoles, en aliments sains produits localement. En 2003, des gouvernements africains ont approuvé une composante Production locale pour les repas scolaires dans le cadre du Programme intégré pour le développement de l'agriculture en Afrique et le Sommet mondial de 2005 a cité «la distribution de repas à l'école, si possible à base de produits locaux» comme faisant partie des «initiatives à effet instantané» pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement⁷⁵. Au Brésil, où le Programme national d'alimentation scolaire (*Programa Nacional de Alimentação Escolar*) est un élément majeur de la stratégie Faim zéro, les municipalités responsables de la mise en œuvre du programme prennent de plus en plus en compte la nécessité de lutter contre le surpoids et l'obésité dans leurs politiques d'approvisionnement⁷⁶. Aux États-Unis, conformément au «Healthy, Hunger-Free Kids Act» de 2010 (loi pour des enfants en bonne santé ne souffrant pas de la faim), le Ministère de l'agriculture est tenu d'élaborer des directives nutritionnelles pour «tous les aliments proposés dans toutes les écoles» (sect. 9A b) 2)). En 2008, l'OMS a présenté son Cadre pour une politique scolaire, qui propose des lignes directrices utiles pour la définition de normes nutritionnelles concernant l'alimentation scolaire. Les jardins scolaires peuvent également s'inscrire dans le cadre de cet objectif.

3. Le rôle d'un cadre fondé sur les droits de l'homme

46. Il est possible d'éviter les décès prématurés provoqués par des maladies non transmissibles liées à de mauvais régimes alimentaires et les États ont un devoir de protection à cet égard. En mettant en œuvre la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ainsi que la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, les États ne prennent pas seulement des engagements politiques mais s'acquittent également de leur devoir de garantir le droit à une alimentation suffisante, conformément au droit international des droits de l'homme.

47. À cet égard, ils devraient fixer des objectifs contraignants dans le cadre d'une double démarche: a) protéger le droit à des régimes alimentaires adéquats; et b) assurer la transition vers des régimes alimentaires plus durables. Ils devraient veiller au principe de responsabilisation, conformément à la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé⁷⁷, en créant des mécanismes de suivi indépendants et en permettant aux particuliers ou aux organisations victimes de porter plainte si les pouvoirs

Mid-sized Farms and Communities, Agriculture Food Research Initiative of the National Institute of Food and Agriculture, Ministère de l'agriculture des États-Unis.

⁷⁵ Document final du Sommet mondial de 2005, par. 34.

⁷⁶ K. Otsuki et A. Arce, *Brazil: A Desk Review of the National School Feeding Program* (Programme alimentaire mondial, 2007), p. 4.

⁷⁷ Voir par. 31 («Tous les partenaires doivent être responsables de l'élaboration de politiques et de l'exécution de programmes qui réduiront sensiblement les risques évitables pour la santé. L'évaluation, le suivi et la surveillance sont des composantes essentielles de l'action menée à cette fin.»).

publics ne prennent pas les mesures exigées par la stratégie nationale en faveur de la réalisation du droit à l'alimentation; c'est ce qui distingue les obligations juridiques des simples engagements d'ordre politique. Parmi les indicateurs à utiliser pour assurer le suivi de la mise en œuvre des stratégies nationales de prévention des maladies non transmissibles⁷⁸, l'OMS devrait donc prévoir la création d'un cadre juridiquement contraignant, qui attribuerait des responsabilités claires et infligerait des sanctions lorsque les mesures promises ne sont pas adoptées et énoncerait les exigences en matière de participation et de non-discrimination indissociables d'une approche fondée sur les droits de l'homme.

V. Conclusions et recommandations

48. Le Rapporteur spécial estime que les systèmes alimentaires actuels présentent de graves dysfonctionnements. Le monde paie un prix exorbitant pour son incapacité à prendre en compte les effets sanitaires des systèmes alimentaires qui ont été élaborés et il faut d'urgence changer d'orientation. Dans les pays de l'OCDE en particulier, où les subventions agricoles se situent toujours à des niveaux élevés, le système fait que les contribuables paient trois fois pour un système qui est une recette pour être en mauvaise santé. Ils paient pour des subventions peu judicieuses qui encouragent l'industrie agroalimentaire à vendre des aliments lourdement transformés au lieu de vendre des fruits et légumes à un prix inférieur; ils paient pour les efforts de commercialisation de cette même industrie, dont les produits de la vente d'aliments dommageables pour la santé sont déduits des bénéfices imposables, et ils paient pour des systèmes de soins de santé dont les budgets sont fortement grevés par les maladies non transmissibles. Dans les pays en développement, les principaux problèmes restent la sous-nutrition et les carences en micronutriments, mais ces pays sont eux aussi victimes de ces politiques qui ont échoué. Ils assistent à un passage rapide aux aliments transformés, souvent importés, et à l'abandon par la population locale des régimes alimentaires traditionnels, ce qui fait que les agriculteurs locaux peinent à vivre correctement de leur production.

49. Pour lutter contre les différents aspects de la malnutrition, il est nécessaire d'adopter une approche prenant en compte toutes les phases de la vie et garantissant le droit à un régime alimentaire adéquat pour tous, et de revoir les politiques agricoles et alimentaires, notamment en matière de fiscalité, pour repenser les systèmes alimentaires et adopter des régimes alimentaires durables. Une forte volonté politique, un effort soutenu pendant plusieurs années et une collaboration entre différents secteurs, notamment l'agriculture, les finances, la santé, l'éducation et le commerce, sont nécessaires pour que cette transition puisse s'effectuer. Compte tenu de ces conclusions, le Rapporteur spécial formule les recommandations suivantes.

50. Les États, conformément à leur obligation de respecter, protéger et mettre en œuvre le droit à une alimentation suffisante pour tous, devraient:

a) Adopter une stratégie nationale pour la réalisation du droit à une alimentation suffisante, qui intègre l'objectif visant à garantir le droit à des régimes alimentaires adéquats pour tous ainsi que d'autres objectifs spécifiques et établit un calendrier de mesures à prendre;

⁷⁸ Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale (note de bas de page 28 ci-dessus), par. 61 et 62 (définition du rôle de l'OMS dans l'élaboration d'un cadre global mondial de suivi).

b) Transposer en droit interne le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les recommandations de l'OMS sur la commercialisation des substituts du lait maternel et des aliments et des boissons non alcoolisées destinées aux enfants et garantir leur application effective;

c) Adopter une réglementation sur la commercialisation des produits alimentaires, qui constitue le moyen le plus efficace de réduire la commercialisation des aliments à teneur élevée en graisses, sel et sucre (aliments «HFSS») destinées aux enfants, comme recommandé par l'OMS et de limiter la commercialisation de ces aliments pour d'autres groupes;

d) Imposer des taxes sur les boissons (sodas) et les aliments «HFSS», afin de subventionner l'accès aux fruits et légumes et financer des campagnes d'éducation sur les régimes alimentaires sains;

e) Revoir les systèmes actuels de subventions agricoles afin de prendre en compte l'effet des allocations existantes sur la santé publique et utiliser les procédures de marchés publics pour les cantines scolaires et d'autres institutions afin de soutenir l'approvisionnement en aliments nutritifs produits localement, en accordant une attention particulière aux consommateurs pauvres;

f) Adopter un plan pour remplacer intégralement les acides gras trans par des matières grasses polyinsaturées;

g) Soutenir davantage les marchés fermiers et l'agriculture urbaine et périurbaine dans les programmes d'aménagement du territoire, par des mesures d'incitations fiscales et par la mise en place des infrastructures nécessaires pour relier les producteurs locaux aux consommateurs urbains;

h) Achever la réforme du Comité permanent de la nutrition afin de s'assurer que l'on accorde une attention suffisante à la nutrition dans le système des Nations Unies sous la direction multilatérale des gouvernements et avec la participation adéquate des organisations de la société civile, notamment des organisations d'agriculteurs.

51. Le secteur privé, eu égard à son obligation de respecter le droit à une alimentation adéquate, devrait:

a) Se conformer pleinement aux dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, en évitant de promouvoir des substituts du lait maternel et en se conformant aux recommandations de l'OMS sur la commercialisation des aliments et boissons non alcoolisées destinés aux enfants, même lorsqu'il n'existe que peu, voire aucune mesure d'application interne;

b) S'abstenir d'imposer des interventions nutritionnelles lorsque les écosystèmes locaux offrent des régimes alimentaires durables et veiller toujours à ce que ces interventions accordent la priorité aux solutions locales et soient conformes à l'objectif de garantir la transition vers des régimes alimentaires durables;

c) S'assurer que, tout au long de la chaîne d'approvisionnement des aliments enrichis et des interventions nutritionnelles, les travailleurs reçoivent un salaire minimum vital et les agriculteurs obtiennent des prix justes pour leurs produits afin de garantir le droit à une alimentation suffisante à toutes les personnes concernées par les interventions;

d) Remplacer l'approvisionnement en aliments «HFSS» par des aliments plus sains et éliminer progressivement l'utilisation d'acides gras trans dans la transformation des aliments.

52. L'OMS devrait, dans le cadre du mandat qui lui a été confié par l'Assemblée générale⁷⁹:

a) Prendre en compte le rôle des régimes alimentaires adéquats dans la réalisation du droit à une alimentation suffisante et du droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé possible et intégrer les principes des droits de l'homme que sont la responsabilisation, la participation et la non-discrimination dans l'élaboration d'un cadre global de suivi pour lutter contre les maladies non transmissibles au niveau mondial, ainsi que dans les cadres d'indicateurs pour la nutrition qui sont en préparation;

b) S'inspirer des conclusions du présent rapport lors de l'élaboration de recommandations concernant un ensemble d'objectifs à caractère volontaire en matière de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles au niveau mondial.

53. L'Équipe de transition du renforcement de la nutrition (SUN) et les partenaires du projet devraient:

a) Améliorer le programme de l'Équipe SUN en fondant toutes les interventions sur les principes des droits de l'homme que sont la responsabilisation, la participation et la non-discrimination et en les inscrivant dans le cadre de stratégies nationales plus larges pour la réalisation du droit à l'alimentation ainsi qu'en prenant en compte toutes les étapes de la vie, l'objectif étant de gagner en efficacité et de contribuer à la recherche de solutions durables à long terme;

b) Prendre les mesures nécessaires pour s'assurer que ces interventions renforcent les systèmes alimentaires locaux et favorisent la transition vers des régimes durables.

⁷⁹ Ibid., par. 60 à 63.