



Assemblée générale

Distr. générale
1^{er} avril 2014
Français
Original: anglais

Conseil des droits de l'homme

Vingt-sixième 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 du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Anand Grover

Aliments mauvais pour la santé, maladies non transmissibles et droit à la santé

Résumé

Dans le rapport qu'il a soumis au Conseil des droits de l'homme en application de la résolution 24/6 du Conseil, le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible établit un lien entre les aliments mauvais pour la santé et les maladies non transmissibles liées à l'alimentation. Il souligne qu'il est urgent que les États s'attaquent aux changements structurels de l'alimentation, qui portent préjudice à la jouissance par les individus du droit à des aliments adéquats et nourrissants, déterminant sous-jacent du droit à l'alimentation. La mondialisation du commerce, l'augmentation de l'investissement étranger direct dans le secteur de l'alimentation et le marketing omniprésent d'aliments mauvais pour la santé ont entraîné une hausse de la consommation de ces aliments, consommation qui a été associée aux maladies non transmissibles liées à l'alimentation.

Le Rapporteur spécial met en lumière des politiques permettant d'améliorer la disponibilité et l'accessibilité d'aliments sains, y compris au moyen de politiques budgétaires et de la réglementation du marketing et de la promotion des aliments mauvais pour la santé, et de mesures visant à renforcer l'information sur les risques sanitaires liés à ces aliments et à favoriser la prise de conscience de ces risques. Il attire l'attention sur l'obligation qu'ont les États de garantir le respect, la protection et l'exercice du droit à la santé et sur la responsabilité qui incombe à l'industrie alimentaire de s'abstenir de produire, de commercialiser et de promouvoir des aliments mauvais pour la santé. Il souligne également la nécessité de mettre en place différents dispositifs de responsabilisation et des voies de recours permettant de demander réparation pour les atteintes au droit à la santé, et

GE.14-12777 (F) 210514 280514



* 1 4 1 2 7 7 7 *

Merci de recycler



insiste sur l'importance du rôle de l'aide et de la coopération internationales dans la prévention des maladies non transmissibles liées à l'alimentation et la réduction de la charge de morbidité croissante de ces maladies.

En conclusion, le Rapporteur spécial formule une série de recommandations adressées aux États et aux entreprises de l'industrie alimentaire, leur demandant de prendre des mesures concrètes pour réduire la production et la consommation d'aliments mauvais pour la santé, d'améliorer la disponibilité des aliments sains et de rendre leur coût plus abordable.

Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction.....	1–4	4
II. Impact de la mondialisation sur les systèmes alimentaires	5–9	6
III. Promotion et commercialisation des aliments mauvais pour la santé	10–11	8
IV. Obligations des États s’agissant du respect, de la protection et de la réalisation du droit à la santé	12–27	8
A. Information et sensibilisation	17–18	10
B. Politiques fiscales	19–21	10
C. Politiques de commercialisation et de promotion des aliments mauvais pour la santé.....	22–25	11
D. Politiques d’investissements étrangers directs.....	26–27	13
V. Responsabilités du secteur de l’alimentation et des boissons	28–32	13
VI. Groupes vulnérables.....	33–46	15
A. Enfants.....	34–38	15
B. Femmes	39–41	17
C. Groupes à faible revenu.....	42–46	18
VII. Participation.....	47–49	19
VIII. Obligation de rendre des comptes et recours	50–55	20
IX. Aide et coopération au niveau international.....	56–62	22
X. Conclusion et recommandations	63–68	25

I. Introduction

1. Non seulement le droit à la santé englobe des déterminants de la santé, comme un approvisionnement suffisant en aliments sains, mais sa réalisation est aussi inextricablement liée à celle du droit à l'alimentation. L'accès à des aliments nutritifs et sains, déterminant sous-jacent du droit à la santé, est lié aux principes de sécurité alimentaire et de sécurité nutritionnelle. Selon la définition de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), la sécurité alimentaire existe lorsque «tous les êtres humains ont, à tout moment, un accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active»¹. Selon le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, au regard du droit à la santé, «les États parties ont l'obligation fondamentale minimum d'assurer au minimum l'accès à une alimentation essentielle minimale qui soit suffisante et sûre sur le plan nutritionnel, pour libérer chacun de la faim»². Pour ce qui est des obligations juridiques au titre du droit à l'alimentation, le Comité a également noté que: «chaque État est tenu d'assurer à toute personne soumise à sa juridiction l'accès à un minimum de nourriture indispensable, qui soit suffisante, adéquate sur le plan nutritionnel et salubre, afin de faire en sorte que cette personne soit à l'abri de la faim»³. Cette obligation concomitante est de plus en plus importante car les aliments mauvais pour la santé sont liés à l'augmentation de la charge mondiale de morbidité due aux maladies non transmissibles.

2. Plus de 36 millions de personnes meurent chaque année de maladies non transmissibles. Dans la plupart des régions du monde, ces maladies ont remplacé les maladies transmissibles en tant que première cause de décès. La majorité des décès liés aux maladies non transmissibles sont provoqués par quatre grandes familles de maladies: les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète. Les régimes alimentaires non sains sont l'un des principaux facteurs de risque modifiables associés aux maladies non transmissibles et sont responsables de 2,7 millions de décès chaque année⁴. Les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire sont les principaux pays touchés par la mortalité due aux maladies non transmissibles, avec 80 % des décès dus à ces maladies⁵. Les régimes alimentaires non sains sont également associés à des taux d'obésité élevés, l'obésité constituant une épidémie mondiale croissante qui tue quelque 2,8 millions de personnes chaque année et étant un facteur avéré de risque de maladies non transmissibles⁶.

3. Il est établi que les régimes alimentaires comportant un apport important d'aliments tels que les hamburgers, les pizzas, la viande rouge, les chips, les biscuits, les apéritifs salés et les boissons sucrées, qui sont riches en sucre, en sel, en acides gras trans et en graisses

¹ FAO, Plan d'action du Sommet mondial de l'alimentation, par. 1 (1996).

² Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14 (E/C.12/2000/4, par. 43 b)).

³ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 12, (E/C.12/1999/5, par. 14).

⁴ Organisation mondiale de la santé (OMS), «Unhealthy diets & physical inactivity», Aide-mémoire «Maladies non transmissibles», juin 2009. Disponible à l'adresse suivante: http://www.who.int/nmh/publications/fact_sheet_diet_en.pdf.

⁵ OMS, *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010* (Genève, 2010, deuxième édition: 2011), p. 9.

⁶ OMS, «10 faits sur l'obésité», disponible à l'adresse suivante: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/fr/>.

saturées, créent un risque plus élevé d'obésité et de maladies non transmissibles⁷. La plupart de ces aliments sont ultratransformés⁸ et prêts à la consommation, ont une densité énergétique élevée et apportent des calories vides, sans valeur nutritionnelle. Consommés en petites quantités et parallèlement à des aliments plus sains, ces aliments ne sont pas nécessairement mauvais pour la santé. Toutefois, en raison de leur grande diffusion, de leur rapidité élevée et d'un marketing agressif, ils ont pris la place d'aliments plus sains dans les régimes alimentaires⁹. Cette tendance est particulièrement inquiétante pour les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, où le taux de consommation d'aliments mauvais pour la santé devrait augmenter plus vite que celui des pays à haut revenu¹⁰. Si l'excédent de calories fourni par ces aliments peut être brûlé grâce à l'activité physique, le progrès technologique qui a provoqué le passage d'activités à forte intensité de main-d'œuvre à des activités de service et de l'évolution des modes de transport, ont entraîné l'adoption de modes de vie sédentaires réduisant les activités physiques et les quantités d'énergie dépensées¹¹.

4. À la mondialisation, en particulier en ce qui concerne les échanges et l'investissement étranger direct dans les activités de traitement et de commercialisation des produits alimentaires, la publicité et les activités promotionnelles du secteur de l'alimentation, est de plus en plus associée à l'évolution des régimes alimentaires vers des régimes étroitement liés aux maladies non transmissibles¹². En témoignent la présence croissante, dans un certain nombre de pays, notamment des pays en développement, d'entreprises agroalimentaires transnationales et leur marketing omniprésent pour les aliments mauvais pour la santé¹³. Si les pouvoirs publics jouent un rôle essentiel dans la lutte contre les régimes alimentaires non sains en privilégiant l'adoption de mesures s'adressant à l'ensemble de la population et visant à modifier les habitudes d'achat et de consommation, ils s'attachent beaucoup moins à lutter contre les modifications structurelles du système alimentaire, qui ont des effets importants sur le régime alimentaire des populations¹⁴.

⁷ M. Tokunaga *et al.*, «Diets, nutrients and noncommunicable diseases», *The Open Nutraceuticals Journal*, vol. 5 (2012), p. 152.

⁸ Rob Moodie *et al.*, «Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries», *The Lancet* (2013), vol. 381, n° 9867, p. 671: «Ultra processed products are made from processed substances extracted or “refined” from whole foods – e.g. oils, hydrogenated oils and fats, flours and starches, variants of sugar, and cheap parts or remnants of animal foods – with little or no whole foods.».

⁹ *Ibid.*, p. 671 à 672.

¹⁰ David Stuckler *et al.*, «Manufacturing epidemics: the role of global producers in increased consumption of unhealthy commodities including processed foods, alcohol and tobacco», *PLOS Medicine*, vol. 9, n° 6 (2012), p. 2.

¹¹ Barry M. Popkin, «Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases», *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 84, n° 2 (2006), p. 289 à 298.

¹² Corinna 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).

¹³ *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010* (voir note 5 ci-dessus), chap. 2, «NCDs and Development», p. 33.

¹⁴ Sharon Friel *et al.*, «Measuring progress on diet-related NCDs: the need to address the causes of the causes», *The Lancet*, vol. 381, n° 9870 (2013), p. 903 à 904.

II. Effets de la mondialisation sur les systèmes alimentaires

5. Les politiques de mondialisation ont fortement contribué à accroître la libre circulation des aliments mauvais pour la santé entre les pays. À l'heure actuelle, l'évolution du système alimentaire est largement induite par les sociétés transnationales, notamment les sociétés agroalimentaires et les chaînes de supermarchés, qui ont modifié les régimes alimentaires, les aliments traditionnels peu transformés étant supplantés par des aliments ultratransformés. De fait, les aliments transformés représentent 75 % des ventes de produits alimentaires dans le monde, et les plus gros fabricants contrôlent plus du tiers du marché mondial¹⁵. Les sociétés transnationales ont donc été un facteur essentiel du passage d'aliments peu transformés à des aliments ultratransformés. Elles exercent également une forte influence sur la vente et la consommation d'aliments mauvais pour la santé, alors qu'en comparaison elles font peu pour promouvoir l'accessibilité d'aliments sains à un coût abordable¹⁶.

6. Les technologies industrielles ont contribué à asseoir la domination des sociétés transnationales dans le système alimentaire moderne. L'utilisation de produits agrochimiques et de semences d'espèces hybrides en agriculture et le recours aux procédés d'extraction dans le cadre de la transformation des aliments ont permis de produire des aliments à grande échelle à un coût nettement moins élevé¹⁷. L'ajout de fortes quantités de sel, de graisses saturées et d'acides gras trans aux aliments ultratransformés a allongé la durée de stockage et réduit les coûts de transport, rendant ces aliments plus rentables.

7. Les «programmes d'ajustement structurel» mis en œuvre dans les années 1980 par le Fonds monétaire international et la Banque mondiale ont contraint les pays en développement à ouvrir leurs marchés, notamment le marché de l'alimentation, au commerce extérieur, car c'était l'une des conditions requises pour obtenir un prêt. Les accords négociés à l'Organisation mondiale du commerce (OMC) visaient à renforcer l'intégration des marchés en réduisant les obstacles tarifaires et non tarifaires aux échanges, en restreignant les subventions à l'exportation et en supprimant les dispositifs de protection des industries nationales pour que les biens et les services circulent plus librement¹⁸. Ces mesures visaient à renforcer l'efficacité du système alimentaire en permettant la production des aliments dont les populations avaient besoin et envie, mais elles ont eu des incidences importantes sur les types d'aliments disponibles et leur coût. Il en est résulté une augmentation massive de la production de certains produits. Ainsi, la production mondiale d'huiles végétales comme l'huile de soja partiellement hydrogénée, source d'acides gras trans, et l'huile de palme, source de graisses saturées, a augmenté considérablement¹⁹. De même, des céréales comme le maïs sont maintenant produites en plus grande quantité pour permettre à l'industrie alimentaire de fabriquer des édulcorants tels que le sirop de maïs à haute teneur en fructose, ce qui a entraîné une hausse importante de la consommation mondiale de calories tirées de ces édulcorants (A/HRC/19/59, p. 13-14). Les études montrent que la consommation d'aliments mauvais pour la santé et l'indice moyen de masse corporelle, l'un des indicateurs de l'obésité, augmentent plus rapidement dans les

¹⁵ «Profits and pandemics» (voir note 8 ci-dessus), p. 671 à 672.

¹⁶ «Manufacturing epidemics» (voir note 10 ci-dessus), p. 1 à 2.

¹⁷ Tim Lang, «Food industrialisation and food power: implications for food governance», Gatekeeper Series n° 114 (International Institute for Environment and Development, 2004), p. 4 à 5.

¹⁸ Corinna Hawkes *et al.*, «Linking agricultural policies with obesity and noncommunicable diseases: a new perspective for a globalising world», *Food Policy*, vol. 27 (2012), p. 344 à 345.

¹⁹ *Ibid.*, p. 345.

pays qui prennent des mesures de déréglementation du marché²⁰. Alors que l'on cherchait à élargir les marchés et à accroître les bénéfices, on n'a pas suffisamment accordé d'attention à des domaines cruciaux pour la santé, comme les régimes alimentaires et la nutrition²¹.

8. La hausse de l'investissement étranger direct dans le secteur des produits alimentaires transformés est l'un des facteurs qui augmentent l'exposition des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire aux aliments mauvais pour la santé²². L'investissement étranger direct est l'un des moyens que les sociétés transnationales utilisent pour pénétrer dans les pays en développement. Il permet aux sociétés transnationales d'acheter des entreprises de transformation des aliments situées dans d'autres pays ou d'investir dans de telles entreprises, qui produisent alors des aliments transformés destinés au marché intérieur. En procédant de la sorte, les sociétés transnationales se soustraient aux droits d'importation applicables aux aliments transformés et réduisent les coûts de transport. L'investissement étranger direct a contribué plus que les échanges commerciaux à la hausse des ventes d'aliments transformés dans les pays en développement²³. Ainsi, dans certains marchés émergents, l'industrie de transformation des aliments est l'un des principaux secteurs bénéficiaires de l'investissement étranger direct²⁴. La majeure partie des ventes de boissons sucrées de grande consommation et des chaînes de restauration rapide est également réalisée dans les pays en développement²⁵.

9. Dans la plupart des pays, les supermarchés et les grandes chaînes ont en grande partie remplacé les marchés de produits frais en tant que source d'approvisionnement en produits alimentaires²⁶, et ce plus rapidement dans les pays en développement que dans les pays développés²⁷. Les supermarchés d'Amérique du Nord et d'Europe ont beaucoup investi en Afrique, en Asie, en Europe centrale et orientale et en Amérique latine. Actuellement, les supermarchés sont les premiers détaillants en denrées alimentaires en Amérique latine²⁸. Dans un pays, environ les trois quarts de l'investissement étranger direct sont consacrés aux aliments hautement transformés comme les boissons sucrées, les produits de grignotage et la mayonnaise²⁹.

²⁰ Roberto De Vogli *et al.*, «The influence of market deregulation on fast food consumption and body mass index: a cross-national time series analysis», *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 92 (2014), p. 99 à 107A.

²¹ «Diets, nutrients and noncommunicable diseases» (voir note 7 ci-dessus), p. 148.

²² «Manufacturing epidemics» (voir note 10 ci-dessus), p. 5.

²³ Corinna Hawkes, «The role of foreign direct investment in the nutrition transition», *Public Health Nutrition*, vol. 8, n° 4 (2005), p. 357 à 365.

²⁴ Kakali Majumdar, «Foreign direct investment in Indian food processing industry», *Asian Journal of Research in Business Economics and Management*, vol. 2, n° 4 (avril 2012), p. 113. Disponible à l'adresse suivante: <http://www.aijsh.org/setup/business/paper139.pdf>.

²⁵ Corinna Hawkes, «Marketing activities of global soft drink and fast food companies in emerging markets: a review», *Globalization, Diets and Noncommunicable Diseases* (Genève, OMS, 2002), p. 1.

²⁶ Barry M. Popkin *et al.*, «The global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries», *Nutrition Reviews*, vol. 70, n° 1 (2012), p. 8.

²⁷ Abay Asfaw, «Supermarket purchases and the dietary patterns of households in Guatemala», IFPRI Discussion Paper 00696 (Washington D.C., International Food Policy Research Institute, 2007), p. 1.

²⁸ Ronald Labonté *et al.*, «Framing international trade and chronic disease», *Globalization and Health*, vol. 7, n° 21 (2011), p. 3.

²⁹ «The role of foreign direct investment in the nutrition transition» (voir note 24 ci-dessus), p. 360.

III. Promotion et commercialisation des aliments mauvais pour la santé

10. Au niveau mondial, la promotion des denrées alimentaires, leur commercialisation et leur publicité sont étroitement liées à la mondialisation et conduisent à une évolution des régimes alimentaires qui fait une part de plus en plus grande aux aliments mauvais pour la santé. Le marketing a pour objectif d'accroître la demande en donnant aux populations l'habitude de consommer régulièrement le produit. Les stratégies expansionnistes agressives adoptées par les sociétés transnationales dans les pays émergents au cours des dernières décennies ont rendu les marques mondiales de produits alimentaires plus visibles et familières, ce qui a été utilisé pour accroître la consommation de ces produits. Certaines techniques de marketing sont utilisées pour accroître la consommation en assurant la présence des marques alimentaires mondiales dans le plus d'endroits possibles et en garantissant un prix abordable, tout en augmentant la diversité des produits pour les adapter aux goûts et au pouvoir d'achat de la population locale. Pour s'adapter à certaines zones rurales et aux populations à faible revenu, les fabricants de boissons sucrées ont investi dans des bouteilles plus petites, dont le prix est moins élevé, pour favoriser l'acceptabilité de leur produit. Ailleurs, les entreprises ont augmenté la taille des portions pour encourager la population à consommer davantage³⁰. Au niveau du consommateur, l'augmentation du pouvoir d'achat et le caractère pratique des repas tout prêts encouragent la consommation d'aliments mauvais pour la santé. Au niveau de la population, les stratégies de marketing agressives et systématiques employées par les sociétés transnationales entretiennent la demande³¹.

11. L'industrie alimentaire dépense des milliards de dollars pour assurer une promotion et un marketing constants et omniprésents des aliments mauvais pour la santé. Les sociétés transnationales passent souvent des contrats d'exclusivité avec les chaînes de restauration rapide pour que celles-ci vendent leurs produits. Différentes stratégies de prix sont employées pour susciter la demande. Il arrive aussi que les supermarchés proposent davantage de remises sur les produits mauvais pour la santé que sur les aliments sains³².

IV. Obligations des États s'agissant du respect, de la protection et de la réalisation du droit à la santé

12. En ce qui concerne la disponibilité et l'accessibilité d'aliments sains et nutritifs les États ont des obligations au titre à la fois du droit à la santé et du droit à l'alimentation. Le droit à la santé suppose que les États ont l'obligation fondamentale et non susceptible de dérogation de garantir l'accès à une alimentation essentielle minimale qui soit adéquate sur le plan nutritionnel, pour mettre chacun à l'abri de la faim. En vertu des dispositions relatives au droit à l'alimentation, les États sont tenus de garantir la disponibilité et l'accessibilité d'une nourriture suffisante en quantité et en qualité pour satisfaire les besoins alimentaires individuels et contenant une combinaison des nutriments nécessaires au développement physique et mental, à l'épanouissement et à la subsistance de l'individu, ainsi qu'à l'activité physique, conformément aux besoins physiologiques de l'être humain à tous les stades de sa vie.

³⁰ «Marketing activities of global soft drink and fast food companies...» (voir note 26 ci-dessus), p. 8 à 12.

³¹ «Profits and pandemics» (voir note 8 ci-dessus), p. 372.

³² University of East Anglia, «Supermarket offers: a healthy choice for consumers?», 21 novembre 2012. Disponible à l'adresse suivante: <http://www.uea.ac.uk/mac/comm/media/press/2012/November/supermarkets-offers-paul-dobson>.

13. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels prévoit la réalisation progressive du droit à la santé, ce qui signifie que les États ont l'obligation spécifique et permanente d'agir aussi rapidement et efficacement que possible pour parvenir à la pleine réalisation du meilleur état de santé physique et mentale qu'une personne soit capable d'atteindre. Les États devraient donc concevoir un plan assorti d'échéances et prendre des mesures immédiates et à long terme dans toute la mesure des ressources disponibles. Ils peuvent s'acquitter de leur obligation en formulant des politiques relatives à la santé ou portant sur des secteurs comme le commerce et l'agriculture. Les dispositions relatives au droit à la santé imposent en particulier aux États de prendre des mesures pour prévenir les maladies non transmissibles liées à l'alimentation et pour fournir un accès rapide, dans des conditions d'égalité, aux soins de santé primaires. Par conséquent, pour s'acquitter des trois types d'obligations qui leur incombent au titre du droit à la santé, à savoir respecter ce droit, le protéger et le réaliser, les États devraient non seulement fournir des aliments nutritifs mais aussi prendre des mesures dans tous les domaines de l'action publique pour réduire la charge de morbidité des maladies non transmissibles liées à l'alimentation.

14. L'obligation de respecter le droit à la santé est une obligation négative en vertu de laquelle les États doivent ne pas entraver la jouissance par chaque individu de son droit à la santé. Elle reconnaît le droit de chacun de prendre, de manière autonome et en connaissance de cause, des décisions relatives à sa santé. L'obligation de ne pas intervenir dans la prise de décisions individuelle n'implique pas, cependant, que l'État doit se désintéresser des lois et politiques relatives à l'industrie alimentaire. Les personnes qui le souhaitent devraient pouvoir choisir d'avoir une alimentation saine.

15. Les États sont également tenus de protéger leur population des atteintes au droit à la santé découlant des activités menées par des acteurs non étatiques, notamment les sociétés agroalimentaires privées. Ainsi, ils devraient veiller à ce que les publicités et les messages promotionnels des entreprises agroalimentaires comportent des informations exactes et faciles à comprendre sur les effets nocifs possibles de leurs produits. Cela est particulièrement important car en passant ces informations sous silence ou en les déformant, on peut influencer sur les choix alimentaires de la population et, partant, sur la réalisation du droit à la santé.

16. La réalisation du droit à la santé est une obligation positive en vertu de laquelle les États sont tenus d'adopter une stratégie nationale de santé publique et un plan d'action ayant pour objectif de permettre à la population de jouir du meilleur état de santé possible. Les États ont également pour obligation de veiller à ce que la population ait accès à des informations exactes sur les régimes alimentaires sains, de manière à aider les personnes à choisir en connaissance de cause. Compte tenu des liens étroits existant entre alimentation et santé, les États devraient formuler des politiques multisectorielles favorisant la disponibilité et l'accessibilité des aliments bons pour la santé. Par exemple, ils pourraient être amenés à modifier leurs politiques agroalimentaires, commerciales et budgétaires. Les politiques menées devraient prendre en considération les données épidémiologiques relatives aux maladies non transmissibles liées à l'alimentation et il faudrait adopter des indicateurs et des points de référence pour suivre leur mise en œuvre. Toutefois, les États devraient veiller à ce que la réglementation ne porte pas inutilement préjudice aux petites entreprises. S'il est nécessaire de veiller à ce que les denrées alimentaires produites par les petites entreprises ne soient ni mauvaises pour la santé ni impropres à la consommation, mais les dispositions réglementaires peuvent peser de manière disproportionnée sur ces entreprises. D'autres méthodes, comme l'éducation communautaire et la transmission horizontale de l'information entre consommateurs ou petits producteurs de denrées alimentaires peuvent contribuer plus efficacement à convaincre les fabricants de produire des aliments plus sains. À titre d'exemple, certains États ont utilisé avec succès des modèles d'éducation par les pairs pour inciter les vendeurs ambulants à renoncer aux huiles végétales nocives pour privilégier des modes de préparation plus sains.

A. Information et sensibilisation

17. En vue d'assurer progressivement la réalisation du droit à la santé, les États devraient établir et mettre à jour régulièrement des directives relatives à l'alimentation et à la nutrition pour encourager différents groupes de population, en particulier les groupes vulnérables, tels que les enfants, les femmes et les personnes à faible revenu, à adopter un régime alimentaire sain. Ces directives devraient être fondées sur des données scientifiques et être établies avec la participation des communautés, des organisations de la société civile et d'autres parties prenantes. Pour que les directives et les informations sur la nutrition aient une portée réelle, il faut aussi qu'elles soient diffusées auprès des consommateurs et qu'elles soient rédigées dans un langage compréhensible. À cette fin, les États devraient envisager d'adopter, entre autres approches, des modèles de profilage nutritionnel dans lesquels les aliments sont classés en fonction de leur composition nutritionnelle.

18. Les programmes d'éducation et de sensibilisation peuvent aider la population à choisir des aliments plus sains. Étiqueter clairement les denrées alimentaires, fait partie des méthodes couramment employées pour sensibiliser le consommateur et l'encourager à prendre des décisions éclairées en matière d'alimentation. Ainsi, des États ont publié des directives invitant les supermarchés et les sociétés agroalimentaires à privilégier un étiquetage sous forme d'images, notamment à faire figurer sur l'avant des emballages des informations sur la composition nutritionnelle des produits en utilisant un code couleur inspiré des feux de circulation tricolores³³. Ce type d'étiquetage permet d'informer le consommateur et d'orienter ses choix vers des aliments plus sains. Le code tricolore fait apparaître l'information en rouge, en orange ou en vert selon que le produit en question contient un pourcentage élevé, moyen ou faible d'un nutriment donné. Les enfants qui ont un régime alimentaire peu équilibré étant plus susceptibles d'être atteints de maladies non transmissibles à l'âge adulte, les États devraient également faire appel aux établissements scolaires pour expliquer aux élèves les avantages d'un régime alimentaire sain, dans un langage qui leur soit accessible.

B. Politiques fiscales

19. Pour réduire la consommation d'aliments mauvais pour la santé, les États devraient adopter des politiques destinées à dissuader le consommateur. Certains États prélèvent par exemple une taxe sur la consommation de boissons sucrées pour juguler l'épidémie d'obésité; les recettes fiscales générées par la vente de ces produits servent à financer la distribution d'eau potable³⁴. Toutefois, l'augmentation du prix des produits mauvais pour la santé, si elle ne s'accompagne pas d'autres mesures, peut avoir un caractère punitif pour les groupes de population à faible revenu. Une autre solution serait de réduire le prix des denrées alimentaires saines de sorte qu'elles soient moins chères que les aliments mauvais pour la santé ou d'un prix comparable. Par exemple, les subventions agricoles servant à financer la production d'aliments mauvais pour la santé pourraient être supprimées au profit de subventions destinées à accroître la production de denrées alimentaires saines. Les États pourraient aussi prendre d'autres mesures, comme investir de manière ciblée dans la production agricole et offrir des avantages fiscaux pour encourager les agriculteurs à produire des aliments sains, notamment des fruits et légumes (A/HRC/19/59).

³³ NHS Choices, «Food labels», 19 juin 2013, disponible à l'adresse suivante: <http://www.nhs.uk/Livewell/Goodfood/Pages/food-labelling.aspx>.

³⁴ Sarah Boseley, «Mexico enacts soda tax in effort to combat world's highest obesity rate», *The Guardian*, 16 janvier 2014, disponible à l'adresse suivante: <http://www.theguardian.com/world/2014/jan/16/mexico-soda-tax-sugar-obesity-health>.

20. Les États pourraient également adopter des politiques d'achat encourageant les agriculteurs à produire des fruits et légumes, en leur garantissant des bénéfices, ce qui permettrait aux groupes de population à faible revenu de se procurer des aliments plus nutritifs à des prix abordables. Certains États achètent, directement auprès des agriculteurs, au prix du marché des céréales qu'ils revendent ensuite aux groupes de population à faible revenu à des prix abordables, ménageant ainsi les intérêts des agriculteurs comme des groupes vulnérables. Certains États encouragent la production agricole locale et achètent les produits pour approvisionner les cantines scolaires. Cela permet non seulement de promouvoir le développement économique local, mais aussi de réduire la consommation d'aliments mauvais pour la santé chez les enfants³⁵.

21. Toutefois, il ne suffit pas forcément de rendre les aliments sains plus accessibles pour accroître leur consommation. En effet, même lorsque des aliments de haute qualité nutritionnelle sont proposés au même endroit que d'autres aliments moins nutritifs, le consommateur ne choisit pas nécessairement les aliments sains pour diverses raisons, par exemple parce qu'il pense que les aliments sains manquent de saveur ou parce que ces aliments et leurs vertus nutritionnelles manquent de visibilité. Il arrive également que les commerces de détail et les chaînes de supermarchés proposent des produits alimentaires sains mais qu'ils ne leur allouent pas autant de place dans les rayons ou qu'ils les placent au fond du magasin³⁶, ce qui a des répercussions néfastes sur les modes de consommation. Pour remédier à ce problème, les États pourraient inviter ou obliger les détaillants à agencer leurs produits de façon à inciter le consommateur à choisir des aliments plus sains. Ils pourraient également encourager la consommation d'aliments sains dans les médias et sur les réseaux sociaux traditionnellement utilisés par les sociétés agroalimentaires, par exemple en diffusant des publicités à la télévision ou sur Internet.

C. Politiques de commercialisation et de promotion des aliments mauvais pour la santé

22. Pour préserver la santé des consommateurs et s'acquitter de l'obligation qui leur incombe au titre du droit à la santé, les États devraient adopter des politiques nationales destinées à réglementer la publicité pour les aliments mauvais pour la santé. Ils devraient adopter des lois et des règlements pour réduire l'exposition des enfants au marketing musclé des fabricants de denrées alimentaires. La réglementation devrait garantir que les sociétés agroalimentaires donnent des informations nutritionnelles exactes et compréhensibles dans leurs publicités.

23. Pour lutter contre le matraquage publicitaire, des États ont opté pour une autoréglementation du secteur: ils autorisent les fabricants de produits alimentaires à réglementer librement leurs pratiques concernant la commercialisation des aliments mauvais pour la santé auprès des enfants et la valeur nutritionnelle de ces aliments³⁷. Les fabricants adoptent souvent de leur propre initiative des directives et des normes qu'ils établissent eux-mêmes; ces directives et normes, destinées à satisfaire aux exigences du

³⁵ Programme alimentaire mondial, *Brazil: a Desk Review of the National School Feeding Programme* (juillet 2007). Disponible à l'adresse suivante: <http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/newsroom/wfp207419.pdf>.

³⁶ Heart Foundation, *The Supermarket as an Environment for Facilitating Dietary Behaviour Change* (juin 2012), p. 14 et 15. Disponible à l'adresse suivante: <http://www.heartfoundation.org.au/SiteCollectionDocuments/NHF-Supermarket-rapid-review-FINAL.pdf>.

³⁷ Bureau exécutif du Président des États-Unis, *Solving the Problem of Childhood Obesity within a Generation: White House Task Force on Childhood Obesity Report to the President*, (Washington, mai 2010), Recommandation 2.5. Disponible à l'adresse suivante: http://www.letsmove.gov/sites/letsmove.gov/files/TaskForce_on_Childhood_Obesity_May2010_FullReport.pdf.

consommateur, sont souvent plus strictes que celles qui leur sont imposées par l'État. Certains mènent également des initiatives collectives et établissent des directives à l'intention des entreprises membres pour encadrer les campagnes publicitaires et les stratégies de promotion visant les enfants. L'autoréglementation n'a toutefois pas abouti à une modification significative des stratégies de commercialisation des produits alimentaires³⁸. Compte tenu d'un certain nombre de facteurs, notamment le caractère non contraignant de ces dispositions adoptées librement, le manque de données de référence, le manque de transparence, l'absence de définition commune du terme «enfant» et des différents critères définis en matière de nutrition, les fabricants ont en effet la possibilité de contourner les directives, atténuant ainsi les effets des règles qu'ils ont eux-mêmes instaurées.

24. Une autre solution recommandée est la collaboration entre gouvernements et fabricants. L'une des principales raisons invoquées en faveur des partenariats entre les entreprises privées de l'industrie alimentaire et l'État est que les fabricants de produits alimentaires sont en mesure d'encourager les consommateurs à adopter des habitudes alimentaires saines et qu'ils doivent donc être associés aux mesures prises pour enrayer et prévenir l'épidémie d'obésité³⁹. Toutefois, le conflit d'intérêts entre le devoir qu'a l'État de promouvoir la santé publique et la responsabilité qui incombe aux entreprises envers leurs actionnaires d'accroître leurs bénéfices rend suspects les partenariats public-privé. En outre, la création d'une relation étroite entre les sociétés agroalimentaires et les organismes publics peut conduire à un manque de transparence et porter atteinte à l'indépendance des organismes de réglementation; l'efficacité du partenariat public-privé en tant que mesure prise par l'État pour lutter contre les maladies non transmissibles liées au régime alimentaire peut alors s'en trouver compromise.

25. Compte tenu des problèmes inhérents à l'autoréglementation et aux partenariats public-privé, les États doivent légiférer pour empêcher les entreprises d'employer des stratégies de marketing insidieuses. La responsabilité qui incombe aux États de protéger l'exercice du droit à la santé justifie en effet que ceux-ci interviennent lorsque des tierces parties, notamment les fabricants de produits alimentaires, se servent de leur position pour influencer les habitudes alimentaires des consommateurs et encourager ceux-ci, directement ou indirectement, à adopter un régime alimentaire peu équilibré et mauvais pour leur santé. Les États ont donc l'obligation positive de réglementer la publicité pour les aliments mauvais pour la santé et les stratégies de promotion employées par les fabricants de produits alimentaires. Ils sont tout particulièrement tenus de protéger les groupes de population vulnérables, notamment les enfants, des atteintes à leur droit à la santé. Pour limiter les possibilités de faire de la publicité ciblée, certains États ont adopté des lois interdisant aux entreprises de faire de la publicité à l'intention des enfants en-deçà d'un certain âge et limitant l'accessibilité des aliments mauvais dans les écoles⁴⁰.

³⁸ OMS, *Marketing Food to Children: the Global Regulatory Environment* (Genève, 2004), p. 13.

³⁹ Institute of Medicine of the National Academics, *Building Public-Private Partnerships in Food and Nutrition* (Washington, 2012), p. 9 à 22. Disponible à l'adresse suivante: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK97331/pdf/TOC.pdf>.

⁴⁰ Barbara Fraser, «Latin American countries crack down on junk food», *The Lancet*, vol. 382, n° 9890 (août 2013), p. 385 et 386.

D. Politiques d'investissement étranger direct

26. Les sociétés transnationales qui fabriquent et vendent des produits alimentaires transformés établissent leur présence dans le monde entier en visant des groupes de consommateurs, au-delà des frontières nationales, au moyen d'investissements étrangers directs (IED) et d'accords commerciaux internationaux; l'influence qu'elles exercent sur la santé des populations dépasse, elle aussi, les frontières. C'est pourquoi les États doivent veiller à ce que leurs réglementations s'appliquent aussi à ces sociétés. Ils peuvent notamment subordonner les investissements de ces sociétés à des conditions liées à la santé et les obliger à se conformer aux normes nationales en matière de nutrition, de publicité et de commercialisation⁴¹. Ils peuvent également imposer aux chaînes de distribution étrangères qui souhaitent investir dans le pays de commercialiser des aliments sains dans leurs points de vente.

27. Cela étant, en réglementant les IED des sociétés transnationales en imposant des conditions quant au type d'aliments qui peut être produit, les États risquent de dissuader les sociétés d'investir⁴². Certains États, en particulier les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire qui dépendent des investissements étrangers, ne sont pas en mesure d'imposer des conditions liées à la santé ou au régime alimentaire. Ils risquent donc de ne pas placer la santé de la population au premier plan, compromettant ainsi la pleine réalisation du droit à la santé. D'autres solutions doivent être trouvées pour remédier à ce problème; les États peuvent par exemple prendre des mesures propres à encourager la fabrication et la vente d'autres produits, plus sains, pour protéger le droit de la population à la santé tout en continuant d'attirer les IED.

V. Responsabilités des entreprises agroalimentaires

28. S'il est vrai qu'en vertu des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, c'est aux États qu'il incombe au premier chef de garantir le droit à la santé, les acteurs non étatiques sont, eux aussi, tenus de respecter ce droit. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels interdit non seulement aux États, mais aussi à tout «groupement» ou «individu» de porter atteinte aux droits de l'homme qu'il consacre, ce qui sous-entend clairement que les acteurs non étatiques ont une responsabilité dans la réalisation des droits de l'homme (art. 5). Le cadre juridique relatif au droit à la santé consacre ce principe et dispose que, *in fine*, si seuls les États parties au Pacte ont la responsabilité de faire respecter ce droit, tous les membres de la société, ainsi que le secteur privé, ont des responsabilités en ce qui concerne la réalisation du droit à la santé. Plusieurs directives internationales ont été adoptées qui précisent que les entreprises, y compris les sociétés transnationales, sont tenues de respecter les droits de l'homme, notamment le droit à la santé⁴³. Les responsabilités des entreprises sont indépendantes du devoir de l'État de s'acquitter de ses obligations relatives aux droits de l'homme et de l'obligation qui incombe aux sociétés de respecter les textes législatifs et réglementaires nationaux⁴⁴.

29. Parce qu'elles sont tenues de respecter le droit à la santé, les entreprises agroalimentaires doivent s'abstenir de mener des activités qui portent atteinte au droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé possible. Dans les États où des lois ont été

⁴¹ «The role of foreign direct investment in the nutrition transition» (voir note 23 ci-dessus), p. 363.

⁴² Neal H. Hooker et Julie A. Caswell, «Trends in food quality regulation: implications for processed food trade and foreign direct investment», *Agribusiness*, vol. 12, n° 5 (septembre/octobre 1996), p. 411 à 419.

⁴³ E/CN.4/Sub.2/2003/12/Rev.2. Voir également HR/PUB/11/04.

⁴⁴ HR/PUB/11/04, Principe II, A.11.

adoptées, dans le cadre de leur politique nationale de santé, pour décourager la consommation d'aliments mauvais pour la santé et inciter le consommateur à opter pour des aliments plus sains, les entreprises du secteur alimentaire sont tenues de respecter les lois adoptées et de ne pas entreprendre d'activités qui seraient contraires à la politique nationale de santé. Elles doivent prendre des mesures pour prévenir et atténuer les conséquences néfastes de leurs activités et pour y remédier. Par exemple, compte tenu de l'incidence négative, sur le régime alimentaire des enfants, de la commercialisation et de la promotion de produits alimentaires, elles sont tenues de s'abstenir de faire de la publicité pour des aliments mauvais pour la santé à l'intention des enfants, conformément à la législation et à la réglementation nationales. Le non-respect de cette restriction, imposée par le droit interne, risquerait de constituer non seulement une infraction à la législation, mais aussi une atteinte au droit à la santé. De même, au titre de la responsabilité qui leur incombe de respecter le droit à la santé, les entreprises du secteur alimentaire devraient s'abstenir de communiquer des informations fausses ou mensongères concernant les effets bénéfiques de leurs produits sur la santé. En effet, les informations concernant les effets bénéfiques des produits alimentaires sur la santé s'avèrent souvent invérifiables et trompeuses. En outre, même les produits dans lesquels des ingrédients mauvais pour la santé, comme le sucre et les matières grasses, ont été remplacés par de l'amidon raffiné, et qui sont présentés comme «plus sains» restent des aliments transformés dont la qualité nutritionnelle n'a guère été améliorée⁴⁵.

30. Des études ont montré que les entreprises du secteur alimentaire employaient différentes stratégies pour saper l'action publique dans le domaine de la nutrition. Ainsi, elles recrutent d'éminents universitaires dans leurs conseils consultatifs, ce qui peut contribuer à ce que les conclusions des travaux de recherche soient favorables à l'industrie alimentaire, le risque étant que l'entreprise concernée se serve ensuite de ces conclusions biaisées pour vanter les vertus nutritionnelles de ses produits⁴⁶. Elles financent également des groupes de façade (qui semblent indépendants, mais sont en réalité contrôlés par d'autres organismes), font du lobbying, et intentent des procès ou menacent d'en intenter⁴⁷. Il a également été démontré que, sous le couvert de la responsabilité sociale des entreprises, qui impose aux sociétés de s'acquitter de leurs obligations éthiques vis-à-vis de la société dans son ensemble, de grands fabricants de boissons sucrées ont tenté de faire reposer sur le consommateur la responsabilité de choisir des aliments sains, au lieu de se pencher sur le rôle qu'ils jouent eux-mêmes dans la création d'un contexte alimentaire malsain. Ces mêmes fabricants se servent également du principe de responsabilité sociale pour contrecarrer les tentatives de réglementation des États et augmenter leurs ventes, en particulier à destination des enfants⁴⁸. Il s'agit là d'une négation du droit à la santé.

31. L'industrie alimentaire, qui joue un rôle prépondérant au sein du contexte alimentaire mondial, est considérée comme principale responsable des maladies non transmissibles liées au régime alimentaire. Il lui incombe donc tout spécialement de prendre les mesures voulues pour assurer la réalisation du droit à la santé. Si bon nombre des problèmes qui se posent au sein du système alimentaire échappent au contrôle de l'industrie alimentaire, notamment les problèmes environnementaux comme la sécheresse et les crues,

⁴⁵ Marion Nestle et David S. Ludwig, «Front-of-package food labels: public health or propaganda?», *Journal of the American Medical Association*, vol. 303, n° 8 (2010), p. 772.

⁴⁶ Kelly D. Brownell et Kenneth E. Warner, «The perils of ignoring history: big tobacco played dirty and millions died. How similar is big food?», *The Milbank Quarterly*, vol. 87, n° 1 (2009), p. 278 et 279.

⁴⁷ Voir Dr. Margaret Chan, Directrice générale de l'OMS, discours liminaire prononcé à la huitième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, à Helsinki, 10 juin 2013. Disponible à l'adresse suivante: http://www.who.int/dg/speeches/2013/health_promotion_20130610/en/.

⁴⁸ Lori Dorfman *et al.*, «Soda and tobacco industry corporate social responsibility campaigns: how do they compare?», *PLOS Medicine*, vol. 9, n° 6 (2012), p. 3 et 4.

les entreprises du secteur peuvent toutefois exercer une influence positive à plusieurs égards dans le domaine de la santé en investissant dans la production d'aliments plus sains et en incitant le consommateur à porter son choix sur ces aliments. Elles devraient envisager, à cette fin, d'adopter des normes destinées à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments au moyen d'une modification de la composition des produits et à améliorer l'étiquetage de leurs produits et les informations qui y figurent afin d'aider le consommateur à adopter un régime alimentaire plus sain. Les entreprises du secteur devraient également investir dans la recherche de façon à améliorer la teneur nutritionnelle de leurs produits, au lieu d'investir pour accroître le potentiel commercial de ces mêmes produits⁴⁹. En outre, les supermarchés et les fast-foods devraient prendre des mesures pour commercialiser et promouvoir des aliments plus sains. Par exemple, en plus d'indiquer l'apport calorique des plats sur leurs menus, les fast-foods devraient adopter des modèles de profilage nutritionnel adaptés, indiquant la composition nutritionnelle des aliments qu'ils vendent.

32. Au titre de la responsabilité qui leur incombe de respecter le droit à la santé, les entreprises du secteur alimentaire devraient veiller à la transparence des informations sur la valeur nutritionnelle et la composition de leurs produits, domaine dans lequel, à ce jour, elles ont fait bien peu d'efforts. Elles devraient prendre des mesures concrètes pour que les consommateurs soient suffisamment informés sur la valeur nutritionnelle des produits, afin de faciliter et d'encourager une prise de décisions plus responsable en matière d'alimentation. En outre, la création et la mise en œuvre de mécanismes visant à encourager les entreprises à divulguer les conflits d'intérêt existant au sein de leurs structures de gouvernance aideraient à assurer la transparence de leurs opérations. Cette démarche est d'autant plus importante lorsque des bailleurs de fonds internationaux du secteur de la santé, qui sont aussi des acteurs non étatiques, sont actionnaires ou siègent au conseil d'administration de ces entreprises, et vice-versa⁵⁰.

VI. Groupes vulnérables

33. Les États ont l'obligation fondamentale de protéger le droit des groupes de population vulnérables et marginalisés à la santé. Le présent rapport s'intéresse à trois groupes particuliers: les enfants, parce qu'ils sont plus facilement influencés par le marketing; les femmes, parce que les stratégies de marketing genrées perpétuent les rôles traditionnellement assignés aux hommes et aux femmes, ainsi que les inégalités entre les sexes; et les groupes à faible revenu, qui ont des difficultés à se procurer des aliments sains, ou n'en ont pas les moyens. D'autres individus ou communautés sont eux aussi plus sujets aux maladies non transmissibles liées au régime alimentaire en raison de leur race, de leur sexe, de leur appartenance à une communauté autochtone ou de leur lieu de résidence, ainsi que de facteurs de vulnérabilité multiples ou cumulés.

A. Enfants

34. Bien que les maladies non transmissibles soient généralement associées aux adultes, les enfants sont eux aussi touchés par toutes ces maladies, notamment les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète, et peuvent présenter des facteurs de risque

⁴⁹ Marion Nestle et Ted Wilson, «Food industry and political influences on American nutrition», in *Nutritional Health: Strategies for Disease Prevention*, N J Temple *et al.* (éd.), 3^e éd. (Humana Press, 2012), p. 480.

⁵⁰ David Stuckler *et al.*, «Global health philanthropy and institutional relationships: how should conflicts of interest be addressed?», *PLOS Medicine*, vol. 8, n^o 4 (2011), p. 7.

associés à ces maladies, tels que le surpoids ou l'obésité⁵¹. Les maladies non transmissibles liées au régime alimentaire et l'obésité touchent même de très jeunes enfants. Par exemple, sur 500 millions de personnes obèses recensées dans le monde en 2008, plus de 42 millions étaient des enfants de moins de 5 ans, et 35 millions d'entre eux vivaient dans des pays en développement⁵².

35. Les enfants sont particulièrement sujets aux maladies non transmissibles liées au régime alimentaire, soit parce que, pour leur alimentation, ils dépendent d'autrui (de leurs parents ou de l'école, par exemple), soit parce qu'ils sont plus sensibles au marketing⁵³. En outre, le régime alimentaire d'un enfant, s'il n'est pas sain, risque d'avoir, par la suite, de lourdes conséquences pour sa santé, non seulement parce que les habitudes et les préférences alimentaires se forment à un jeune âge, mais aussi parce que l'enfant risque de continuer de souffrir de maladies non transmissibles à l'âge adulte. Corriger un régime alimentaire malsain, facteur de risque associé aux maladies non transmissibles chez l'enfant, a des effets non négligeables sur la santé des enfants et permet de réduire leurs frais de santé tout au long de leur vie⁵⁴.

36. Si les aliments mauvais pour la santé font l'objet d'un marketing ciblé visant les enfants (que les fabricants attirent à l'aide de jouets gratuits, de concours ou de jeux, en associant à leurs produits des personnages de dessins animés, en se servant de la télévision, des réseaux sociaux, de films et de sites Web interactifs et en étant présents dans les établissements fréquentés par les enfants, comme les écoles et les centres de loisir), les parents sont souvent visés, eux aussi, par ce type de marketing omniprésent⁵⁵, dont l'objectif est de les encourager à acheter à leurs enfants des produits alimentaires mauvais pour la santé. Dans bien des cas, les stratégies de marketing employées par les fabricants de produits alimentaires à l'intention des enfants et de leurs parents visent même tout particulièrement certains groupes raciaux, ethniques ou socioéconomiques, ce qui a pour effet d'aggraver les inégalités dont ces groupes sont victimes en matière de santé⁵⁶.

37. Les enfants sont aussi fréquemment exposés à la junk food, tant dans la sphère privée que dans les espaces publics. Il arrive que les aliments servis ou vendus dans certains établissements, notamment dans les écoles, soient surtout de la junk food ou d'autres aliments de faible qualité nutritionnelle. C'est le cas, en particulier, de la nourriture servie dans le cadre des programmes de repas scolaires, les fonds consacrés à ces programmes n'étant pas suffisants pour permettre l'achat de produits alimentaires plus sains⁵⁷. Dans d'autres établissements fréquentés par les enfants et par les jeunes, notamment les centres sportifs, il n'est pas toujours possible de se procurer des aliments sains. Dans le secteur privé, en particulier dans les fast-foods, les repas conçus pour les enfants ont souvent une forte teneur en matières grasses, en sucre et en sel, et ne répondent pas à leurs besoins

⁵¹ NCD Alliance, «A focus on children and non-communicable diseases (NCDs)», exposé de position rédigé en prévision du Sommet des Nations Unies sur les maladies non transmissibles ; New York, septembre 2011, p. 5.

⁵² *Ibid.*, p. 7.

⁵³ NCD Alliance, «Children in every policy: recommendations for a lifecourse approach to NCDs», document d'information, mai 2011, p. 2.

⁵⁴ «A focus on children and non-communicable diseases (NCDs)» (voir note 51 ci-dessus), p. 5.

⁵⁵ Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, *Marketing of Foods High in Fat, Salt and Sugar to Children: Update 2012–2013* (Copenhague 2013); Consumers International, *The Junk Food Trap: Marketing Unhealthy Food to Children in Asia Pacific* (Londres, 2008).

⁵⁶ Yale Rudd Center for Food Policy and Obesity, *Fast Food Facts 2013: Measuring Progress in the Nutritional Quality and Marketing of Fast Food to Children and Teens* (Robert Wood Johnson Foundation, Princeton, 2013), p. 63.

⁵⁷ Patricia M. Anderson et Kristin F. Butcher, «Reading, writing and raisinets: are school finances contributing to obesity?», National Bureau of Economic Research, document de travail n° 11177, (Cambridge, 2005), p. 5. Disponible à l'adresse suivante: <http://www.nber.org/papers/w11177.pdf>.

nutritionnels, même lorsqu'ils sont présentés comme «sains». Enfin, même lorsque des produits véritablement nutritifs sont proposés, il arrive que, par défaut, ce soient des aliments mauvais pour la santé qui sont servis⁵⁸.

38. Les États sont instamment priés de s'acquitter de leurs obligations relatives au droit des enfants à la santé, ce qui suppose qu'ils luttent contre l'obésité infantile, qu'ils limitent l'exposition des enfants à la restauration rapide et aux boissons riches en sucre, en caféine et en d'autres substances nocives, qu'ils réglementent le marketing de ces produits et qu'ils contrôlent leur distribution dans les écoles et autres lieux fréquentés par des enfants. Ils devraient également veiller à ce que des programmes ciblés et efficaces d'éducation et de sensibilisation à la santé, notamment des campagnes de contre-marketing ou des programmes d'éducation par les pairs, soient mis en œuvre à l'intention des enfants, et à ce que ceux-ci aient la possibilité de s'alimenter sainement et d'obtenir des informations sur la nourriture qui leur est servie dans les établissements pour enfants, notamment dans les écoles, les centres de pédiatrie ou les centres pour la jeunesse.

B. Femmes

39. Le marketing des aliments mauvais pour la santé est souvent ciblé en fonction du sexe, ce qui a pour effet de perpétuer la dynamique traditionnelle des sexes et les inégalités entre les hommes et les femmes, au détriment de ces dernières. Alors que le nombre de ménages dans lesquels les deux conjoints travaillent ou la femme est soutien de famille est en augmentation, les femmes assument encore l'essentiel des tâches ménagères, en particulier en ce qui concerne la préparation des repas. D'où une augmentation de la consommation de plats préparés fortement transformés, les femmes étant toujours censées s'occuper des repas de la famille tout en ayant moins de temps pour le faire⁵⁹. Les publicités pour les produits alimentaires ciblent d'ailleurs souvent les femmes, qu'elles encouragent à servir des plats cuisinés à leurs enfants ou à acheter des produits miracles, «meilleurs» que les produits classiques.

40. D'autres messages publicitaires à l'intention des femmes sont axés sur la sexualité et s'appuient sur la représentation de types de silhouettes «désirables» mais inaccessibles pour promouvoir des produits alimentaires mauvais pour la santé; or, non seulement ces messages publicitaires ont pour effet de perpétuer les stéréotypes sexistes, mais ils ont également des répercussions néfastes sur l'état de santé physique et mentale des consommatrices, puisqu'ils peuvent contribuer à provoquer, notamment, des maladies non transmissibles liées au régime alimentaire ou des troubles de l'alimentation⁶⁰.

41. Les politiques alimentaires qui mettent l'accent sur l'importance des repas faits maison en vue d'améliorer le régime alimentaire des ménages doivent tenir compte de la dynamique des sexes et de l'activité professionnelle des consommateurs. En outre, les programmes de promotion de régimes alimentaires sains ne devraient pas s'adresser uniquement aux mères de famille; ils devraient également promouvoir le rôle des hommes dans la préparation des repas et prendre en compte les différents modèles familiaux.

⁵⁸ *Fast Food Facts 2013* (voir note 56 ci-dessus), p. 29.

⁵⁹ Patricia Allen et Carolyn Sacks, «Women and food chains: the gendered politics of food», *International Journal of Sociology of Food and Agriculture*, vol. 15, n° 1 (2007), p. 9 et 10.

⁶⁰ *Ibid.*, p. 2 à 4.

C. Groupes à faible revenu

42. Bien que les maladies non transmissibles soient souvent considérées comme des «maladies de riches», le lien entre les revenus et les facteurs de risque associés au régime alimentaire est complexe⁶¹. Selon certaines études, dans les pays où le produit intérieur brut par habitant atteint 2 500 dollars É.-U., l'obésité est plus courante chez les groupes à faible revenu que chez les personnes plus aisées⁶²; dans plusieurs pays développés et pays à revenu intermédiaire, la consommation d'aliments mauvais pour la santé est aussi étroitement liée tant à des revenus modestes qu'à un faible niveau d'instruction⁶³. Or, comme prévaut l'idée que les maladies non transmissibles ne touchent que les riches, les politiques de santé adoptées en faveur des personnes à faible revenu ne tiennent pas compte de ces maladies, ce qui porte atteinte au droit de ces personnes à la santé⁶⁴.

43. Les groupes à faible revenu ont souvent un régime alimentaire moins équilibré que d'autres segments de population⁶⁵, car ils n'ont pas nécessairement les moyens d'acheter des produits sains, notamment des fruits et légumes frais, ce qui les dissuade d'en consommer⁶⁶. En outre, nombre de personnes à faible revenu, notamment les travailleurs postés, n'ont souvent ni le temps de cuisiner, ni le matériel nécessaire, ce qui les incite à choisir des produits hypertransformés, prêts à manger, qui ont plus d'attrait à leurs yeux que les aliments sains, même s'ils ne sont pas forcément moins chers.

44. Les personnes à faible revenu sont également plus susceptibles de vivre dans des «déserts alimentaires», où les produits frais et sains font défaut, ou dans des «marais alimentaires», où les produits mauvais pour la santé sont particulièrement présents et le marketing pour ces produits est très puissant. Dans les zones défavorisées, les produits alimentaires sains sont souvent plus difficiles à trouver, et sont de moins bonne qualité, moins attractifs ou plus coûteux⁶⁷. À l'inverse, les fast-foods sont jusqu'à deux fois et demie plus nombreux dans les zones de population à faible revenu que dans les zones plus favorisées⁶⁸. Ces problèmes peuvent être aggravés par des obstacles géographiques dans les communautés rurales isolées, les bidonvilles urbains mal desservis ou les régions dans lesquelles les moyens de transport entre zones à faible revenu et zones plus riches sont insuffisants.

⁶¹ Food Research and Action Center, «Do the data show a link between obesity and poverty?», automne 2010, disponible à l'adresse suivante: http://frac.org/wp-content/uploads/2010/09/do_data_show_obesity_poverty_link_brief.pdf; Carlos A. Monteiro *et al.*, «Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review», *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 82, n° 12 (décembre 2004), p. 940 à 946.

⁶² «Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries» (voir note ci-dessus); OMS, *A Framework to Monitor and Evaluate Implementation: a Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health* (Genève, 2008), par. 8.

⁶³ Voir Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, *Non-Communicable Disease and Poverty: the Need for Pro-Poor Strategies in the Western Pacific Region: a Review* (Genève, 2007), p. 29 à 32.

⁶⁴ *Ibid.*, p. 8 et 9.

⁶⁵ Nicole Darmon et Adam Drewnowski, «Does social class predict diet quality?», *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 87, n° 5 (mai 2008), p. 1107 à 1117.

⁶⁶ Mayuree Rao *et al.*, «Do healthier foods and diet patterns cost more than less healthy options? A systematic review and meta-analysis», *BMJ Open*, vol. 3, n° 12 (2013).

⁶⁷ Policy Link et The Food Trust, *The Grocery Gap: Who has Access to Healthy Food and Why it Matters* (2010).

⁶⁸ DD Reidpath *et al.*, «An ecological study of the relationship between social and environmental determinants of obesity», *Health Place*, vol. 8, n° 2 (2002), p. 141 à 145.

45. Les régimes alimentaires peu équilibrés ont souvent des conséquences plus lourdes pour les personnes à faible revenu. Les jeunes enfants sous-alimentés ont en effet davantage de risques de devenir obèses par la suite, la sous-alimentation entraînant une réaction de l'organisme qui, ayant «peur de manquer», stocke les graisses dès qu'il le peut⁶⁹. En outre, parce qu'elles souffrent de l'insécurité alimentaire ou de la faim et ont un accès facile à la junk food, très calorique, de nombreuses communautés à faible revenu sont plus susceptibles d'être touchées par les maladies non transmissibles que d'autres groupes de population plus aisés. En raison de différents facteurs psychosociaux (notamment le stress, la présence d'autres facteurs de risque associés aux maladies non transmissibles et un accès plus difficile aux soins de santé préventifs), les groupes de population à faible revenu sont également plus sujets aux maladies liées au régime alimentaire, telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires et l'hypertension⁷⁰.

46. Dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles, les États devraient donc s'attaquer à toutes les inégalités socioéconomiques. Ils devraient veiller à ce que leurs plans de sécurité alimentaire ou de réduction de la pauvreté tiennent compte comme il se doit de la nécessité d'assurer l'accès à des aliments plus sains. Pour ce faire, ils pourraient, par exemple, accroître la quantité de fruits et légumes distribués dans le cadre des programmes de sécurité alimentaire, prendre des mesures pour inciter les détaillants à proposer des produits alimentaires sains dans les quartiers où vivent des populations à faible revenu ou améliorer le réseau de transports en commun pour permettre à ces populations de se rendre dans les zones où elles peuvent acheter des produits alimentaires sains. Les programmes sociaux qui ont pour objectif d'assurer la sécurité alimentaire et nutritionnelle peuvent être particulièrement utiles pour améliorer l'état de santé des bénéficiaires, s'ils reçoivent un budget suffisant pour permettre l'achat d'aliments sains et s'ils s'accompagnent de mesures d'éducation nutritionnelle, ainsi que de mesures destinées à garantir la disponibilité et l'accessibilité des produits alimentaires sains⁷¹. Enfin, les États devraient s'employer à mettre fin aux inégalités d'accès aux soins de santé primaire et aux soins préventifs, de façon à atténuer les effets disproportionnés qu'ont les aliments mauvais pour la santé dans les communautés à faible revenu.

VII. Participation

47. Le cadre juridique relatif au droit à la santé impose la participation de la population, en particulier des groupes concernés, à la prise de décisions relatives à la santé à tous les niveaux – local, régional et national. Les États devraient veiller à ce que les communautés touchées et les groupes vulnérables prennent part à l'élaboration des politiques alimentaires et à la prise de décisions sur les questions relatives à la disponibilité et à la commercialisation des produits alimentaires dans des lieux tels que les écoles, les lieux de travail et les centres sociaux. La participation donne aux consommateurs les moyens d'exercer leur droit à l'autonomie et de décider eux-mêmes de leur santé nutritionnelle.

48. La participation réelle de la population à la prise de décisions présente un intérêt sur le plan de la santé publique et autonomise les populations, conformément à l'approche relative au droit à la santé. Les États devraient veiller à ce que parents et enfants aient la

⁶⁹ Gian-Paolo Ravelli *et al.*, «Obesity in young men after famine exposure in utero and early infancy», *New England Journal of Medicine*, vol. 295, n° 7 (1976), p. 349 à 353.

⁷⁰ Food Research and Action Center, «Food insecurity and obesity: understanding the connections», printemps 2011, disponible à l'adresse suivante: http://frac.org/pdf/frac_brief_understanding_the_connections.pdf.

⁷¹ Food Research and Action Center, «How improving federal nutrition program access and quality work together to reduce hunger and promote healthy eating», février 2010, disponible à l'adresse suivante: http://www.frac.org/pdf/CNR01_qualityandaccess.pdf.

possibilité de donner leur avis sur la nourriture proposée à l'école et à ce que les salariés puissent s'exprimer sur la nourriture proposée sur leur lieu de travail, et donner aux associations locales ou aux associations de consommateurs la possibilité de prendre part aux activités de normalisation. Les États devraient entreprendre de larges consultations publiques sur lesquelles ils s'appuieraient pour définir les politiques des différents secteurs, y compris les politiques relatives à la production agricole, réglementer les aliments mauvais pour la santé, élaborer des normes nutritionnelles applicables aux institutions publiques, et garantir la transparence concernant l'étiquetage, la commercialisation et la promotion des produits alimentaires.

49. Les États devraient promouvoir des programmes communautaires de promotion de la santé mettant l'accent sur les maladies non transmissibles liées au régime alimentaire, par exemple des programmes d'éducation par les pairs, la création de groupes de jardinage ou de cuisine au niveau local, ou des initiatives en faveur d'une alimentation saine dans les écoles, sur les lieux de travail, dans les centres de soins de santé primaire ou auprès des vendeurs de denrées alimentaires. Puisqu'une évolution des comportements à long terme est nécessaire pour agir sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles, l'appropriation des politiques de santé par les communautés locales pourrait être une clef du succès et de la durabilité des programmes de santé axés sur la nutrition et la prévention. La participation des communautés locales garantit une meilleure adéquation des politiques et des programmes de santé aux besoins des communautés en matière de santé. De même, la participation des enfants à l'élaboration des menus proposés dans les cantines scolaires peut aider à contribuer à définir des solutions à la fois saines et attractives pour les enfants et a souvent montré qu'il était faux de penser que les enfants préfèrent les aliments qui sont mauvais pour la santé⁷². La participation au niveau local des habitants des zones à faible revenu pourrait permettre d'établir un état des lieux des produits alimentaires vendus dans ces zones qui reflèterait plus fidèlement l'expérience quotidienne des habitants que ne le feraient des enquêtes préparées par des experts. De la même façon, éduquer les consommateurs et les vendeurs du secteur informel et les associer aux programmes de promotion d'une alimentation saine peut améliorer la nutrition dans un secteur qui est par ailleurs difficile à réglementer, tout en permettant à ces vendeurs de conserver leur source de revenus.

VIII. Obligation de rendre des comptes et voies de recours

50. Les États sont tenus de veiller à ce que des mécanismes législatifs, judiciaires et administratifs accessibles et efficaces soient disponibles pour permettre à tous de demander des comptes aux acteurs étatiques et non-étatiques et de demander réparation en cas de violations du droit à la santé. Une omission de légiférer ou de contrôler le respect des cadres réglementaires dans le secteur alimentaire peut constituer en soi une violation du droit à la santé par l'État. Par exemple, si l'État n'adopte pas de lois imposant la fourniture et la diffusion d'informations, les consommateurs risquent de ne pas être en mesure de faire des choix en connaissance de cause, ce qui peut porter atteinte à leur droit de jouir du meilleur état de santé possible.

51. Les États ne devraient pas seulement veiller à ce que des lois et des politiques adéquates soient mises en place, mais également à ce que ces lois et politiques soient élaborées, mises en œuvre et suivies de manière transparente, dans le respect du droit à la

⁷² Katherine Bauer *et al.*, «How can we stay healthy when you're throwing all of this in front of us?» Findings from focus groups and interviews in middle schools on environmental influences on nutrition and physical activity», *Health Education and Behavior*, vol. 31, n° 1 (février 2004), p. 40 et 41.

santé. La transparence devrait être garantie à tout moment, y compris lors de la négociation des obligations internationales. Même si la transparence est requise par certains accords d'investissement, elle est liée à la promotion et à la protection de l'investissement international⁷³. Il s'agit avant tout de garantir que les lois et les réglementations susceptibles d'avoir une incidence sur les investissements sont publiquement accessibles aux Parties contractantes. Pourtant, les principes de transparence adoptés par certaines organisations portent sur le caractère prévisible des règles et règlements régissant l'investissement⁷⁴ et visent à protéger les intérêts commerciaux des Parties contractantes, ce qui sert les intérêts privés commerciaux des sociétés transnationales. En outre, ces traités sont négociés en secret, sans aucun débat au niveau national, pratique qui n'est pas compatible avec le cadre relatif au droit à la santé⁷⁵.

52. Les accords commerciaux d'investissement prévoient des obligations automatiquement contraignantes pour les États. Pour se conformer à ces obligations, les États peuvent être contraints de modifier leurs politiques nationales, par exemple leur politique agricole ou leur politique d'étiquetage. Par conséquent, le rôle d'élaboration de la politique nationale qui revient à l'État est altéré au profit des droits privés des entreprises agroalimentaires, au détriment des droits publics des populations concernées⁷⁶. En outre, le droit à la santé requiert la transparence des activités qui ont trait directement ou indirectement à la gouvernance. La transparence empêche l'adoption de décisions arbitraires de la part des États et prévient les violations du droit à la santé. Pour garantir la transparence, les États pourraient, notamment, ouvrir les négociations aux personnes concernées, comme les agriculteurs et les consommateurs. Les États devraient, au minimum, rendre public le contenu des négociations et des accords et inviter les parties prenantes à formuler des observations avant la conclusion effective des accords.

53. L'obligation de rendre des comptes peut également être garantie grâce à la mise en place d'indicateurs, de points de référence et d'objectifs permettant de surveiller et d'évaluer la façon dont les acteurs étatiques et non-étatiques atteignent les objectifs de réduction des risques de maladies non transmissibles et de leur prévalence⁷⁷. Étant donné que de nombreux organes de l'État interviennent dans la réglementation des activités de l'industrie alimentaire et de la fourniture d'aliments nutritifs⁷⁸, il serait utile de faire connaître les mesures prises individuellement ou conjointement pour atteindre les points de référence fixés. En mettant ces informations à la disposition du public et des organismes de surveillance indépendants, on permettrait à ceux-ci d'évaluer les activités de l'industrie alimentaire et de vérifier si elles sont conformes aux normes et à la législation en matière de commercialisation, d'étiquetage et de nutrition en vigueur dans le pays. Les États devraient également encourager l'examen des politiques menées vis-à-vis de l'industrie alimentaire

⁷³ Organisation mondiale du commerce, Les principes qui inspirent le système commercial, http://www.wto.org/french/thewto_f/whatis_f/tif_f/fact2_f.htm.

⁷⁴ Accord général de l'ASEAN [Association des nations de l'Asie du Sud-Est] sur l'investissement, Art. 1 c). Disponible à l'adresse suivante: http://aseansummit.mfa.go.th/14/pdf/Outcome_Document/ASEAN%20Compre%20Invest%20Agreement.pdf.

⁷⁵ Sharon Friel *et al.*, «A new generation of trade policy: potential risks to diet-related health from trans Pacific partnership agreement», *Globalization and Health*, vol. 9, n° 46 (2013), p. 2.

⁷⁶ Sarah E. Clark *et al.*, «Exporting obesity: US farm and trade policy and the transformation of the Mexican consumer food environment», *International Journal of Occupational and Environmental Health*, vol. 18, n° 1 (2012), p. 54.

⁷⁷ OMS, Projet de cadre global mondial de suivi et cibles pour la lutte contre les maladies non transmissibles, A66/8. Disponible à l'adresse suivante: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-fr.pdf.

⁷⁸ Michael R. Taylor, «Preparing America's food safety system for the twenty-first century», *Resources*, n° 127 (printemps 1997), p. 16. Disponible à l'adresse suivante: http://rff.org/Documents/Resources/Resources-127_Taylor.pdf

par d'autres acteurs non étatiques comme les écoles privées et les organismes de radiodiffusion. L'examen et l'évaluation des mesures prises et des normes adoptées par les acteurs étatiques et non-étatiques pour garantir la vente et la disponibilité d'aliments nutritifs font partie du système de responsabilisation.

54. Étant donné la prévalence accrue des maladies non transmissibles et leur lien avec les pratiques de l'industrie alimentaire, il est nécessaire que des recours soient accessibles. Il est particulièrement difficile de poursuivre en justice des sociétés transnationales pour violation du droit à la santé. Les traités d'investissement tels que les traités d'investissement bilatéraux et les accords de libre-échange qui facilitent l'incursion et l'implantation des sociétés transnationales dans les économies nationales prévoient des mécanismes internationaux de règlement des différends permettant aux entreprises privées de poursuivre les États. Cependant, ces accords imposent des obligations unilatérales aux États d'accueil qui rencontrent donc des difficultés pour intégrer les sociétés transnationales dans leur système juridique national, et en particulier dans leur système judiciaire. En outre, les principes de responsabilité limitée et de personnalité juridique séparée sont souvent invoqués par les sociétés mères pour s'exonérer des responsables de leurs filiales qui opèrent dans diverses juridictions⁷⁹. Même lorsqu'il existe des moyens de recours contre les entreprises nationales, les décisions sont souvent, au mieux, peu suivies d'effet, et les entreprises ne sont pas sanctionnées si elles ne s'y conforment pas. Les consommateurs devraient pouvoir demander réparation aux entreprises fabriquant des produits alimentaires, quelque soit le pays d'origine de la société mère. Les États devraient donc clarifier les responsabilités de la société mère et de ses filiales au regard du droit national.

55. Des voies de recours contre les États devraient également être accessibles en cas de violations du droit à la santé. Lorsque les États n'ont pas inscrit leurs obligations relatives au droit à la santé dans le système juridique national, des mécanismes de caractère juridictionnel devraient exister pour permettre à toute personne de demander réparation à l'État et lui demander des comptes sur ses manquements à son obligation de respecter, protéger et mettre en œuvre le droit à la santé. Dans le cas où les États omettent de prendre des mesures pour s'acquitter de leurs obligations internationales relatives à la réduction de la charge de morbidité des maladies non transmissibles, y compris celles qui sont liées à l'alimentation, des mécanismes devraient être accessibles au niveau national puis international pour demander réparation. Garantir l'accès à différentes formes de réparation (restitution, indemnisation, satisfaction ou garanties de non-répétition), constitue un moyen efficace d'amener les acteurs étatiques et non étatiques à répondre des violations du droit à la santé.

IX. Aide et coopération au niveau international

56. Conformément au cadre juridique relatif au droit à la santé, les États devraient étendre leur assistance et leur coopération en vue d'assurer la pleine réalisation du droit à la santé. Lorsqu'ils concluent des accords internationaux, ils devraient veiller à ce que ces accords n'aient pas une incidence négative sur la jouissance du droit à la santé.

⁷⁹ Gwynne Skinner *et al.*, *The Third Pillar: Access to Judicial Remedies for Human Rights Violations by Transnational Business* (ICAR/CORE/ECCJ, 2013), p. 11. Disponible à l'adresse suivante: <http://accountabilityroundtable.org/wp-content/uploads/2013/02/The-Third-Pillar-Access-to-Judicial-Remedies-for-Human-Rights-Violation-by-Transnational-Business.pdf>.

57. Le fait de faire primer le commerce international sur le droit à la santé a des répercussions importantes sur la santé publique⁸⁰. Par exemple, dans le cadre d'accords commerciaux internationaux, certains États se sont parfois inquiétés des politiques nationales d'étiquetage nutritionnel adoptées dans d'autres États en vue d'atteindre les objectifs de santé publique⁸¹. De telles pratiques peuvent limiter la marge de manœuvre des pays en développement et les inciter à attirer les IED en évitant les sanctions économiques⁸². Les accords d'investissement bilatéraux peuvent passer outre les lignes directrices en vigueur qui font l'objet d'un consensus international et réduire les obstacles tarifaires et non tarifaires au commerce, ce qui donne une plus grande liberté pour importer et exporter des produits alimentaires mauvais pour la santé. Par exemple, on a constaté une corrélation directe entre les accords de libre échange et la hausse de la consommation de boissons sucrées⁸³.

58. Certains accords d'investissement prévoient également des dispositions autorisant l'engagement de poursuites contre des États lorsque ceux-ci ont pris des mesures de protection de la santé publique susceptibles d'avoir une incidence négative sur les investissements des Parties contractantes et des sociétés privées. La simple menace d'une procédure judiciaire coûteuse et lourde peut avoir un effet dissuasif et amener les États à s'abstenir complètement de formuler de telles politiques⁸⁴. Pour réduire la charge de morbidité des maladies non transmissibles aux niveaux mondial et national et garantir que les questions de santé priment les relations commerciales, les États doivent collaborer en soutenant des systèmes alimentaires localisés et adaptés et se ménageant au niveau national une marge de manœuvre suffisante aux fins de la protection des systèmes nutritionnels⁸⁵. Au moment de la conclusion d'accords d'investissement, les États d'accueil devraient prendre des mesures fermes et indiquer de façon claire et explicite les exclusions concernant les investissements pouvant entraîner une atteinte à la santé publique⁸⁶.

59. En outre, les États devraient étendre leur aide aux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire qui, du fait de leurs ressources limitées, pourraient ne pas être en mesure de respecter les normes requises en matière de nutrition, ce qui entraînerait une augmentation de la charge de morbidité des maladies non transmissibles⁸⁷. Dans de tels cas, les États devraient accroître leur aide au moyen de transferts de technologie, d'activités de renforcement des capacités et, si nécessaire, de l'octroi d'un soutien financier (A/RES/66/2). Le but est de veiller à ce que les États qui ne disposent pas des compétences techniques suffisantes puissent mettre en place durablement les technologies nécessaires pour prendre des mesures de prévention des maladies non transmissibles.

⁸⁰ Kelley Lee et Meri Koivusalo, «Trade and health: is the health community ready for action?», *PLOS Medicine*, vol. 2, n° 1 (2005), p. 14.

⁸¹ Organisation mondiale du commerce, «Les Membres discutent de lignes directrices pour une réglementation favorable au commerce et d'avertissements concernant les aliments mauvais pour la santé», 13 mars 2013, disponible à l'adresse suivante: http://www.wto.org/french/news_f/news13_f/tbt_13mar13_f.htm.

⁸² OMS, *Trade, Trade Agreements and Non-Communicable Diseases in the Pacific Islands* (2013), p. 10.

⁸³ «Manufacturing epidemics» (voir la note 10 ci-dessus), p. 6.

⁸⁴ «A new generation of trade policy» (voir la note 75 ci-dessus), p. 5.

⁸⁵ Déclaration conjointe des ministres de la Coopération économique des pays d'Asie-Pacifique (APEC) à la réunion ministérielle de 2010, Yokohama, 11 novembre 2010. Disponible à l'adresse suivante: http://www.apec.org/Meeting-Papers/Ministerial-Statements/Annual/2010/2010_amm.aspx.

⁸⁶ Anne Marie Thowa et Benn McGrady, «Protecting policy space for public health nutrition in an era of international investment agreements», *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 92 p. 142. Disponible à l'adresse suivante: <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/2/13-120543.pdf>.

⁸⁷ NCD Alliance, «Food, nutrition, diet and non-communicable diseases», disponible à l'adresse suivante: http://www.wcrf.org/PDFs/PPA_NCD_Alliance_Nutrition.pdf.

60. Jusqu'à présent, l'engagement politique à l'échelle internationale sur la question des maladies non transmissibles liées à l'alimentation est resté faible. Les maladies non transmissibles n'ont jamais occupé une place importante dans les politiques internationales, y compris dans les Objectifs du Millénaire pour le développement⁸⁸. Les organismes d'aide internationale qui fournissent une aide en matière de santé aux pays à revenu faible et à revenu intermédiaire n'ont pas accordé un degré de priorité suffisamment élevé aux maladies non transmissibles dans ces pays⁸⁹. Ce n'est que récemment que les organisations internationales et régionales ont revu leurs priorités et ont invité les gouvernements, le secteur privé et les organisations non gouvernementales à unir leurs efforts pour prévenir les maladies non transmissibles dans les différentes régions⁹⁰. En établissant le programme de développement pour l'après-2015, les États ont affiché de manière louable une volonté politique sans précédent de s'attaquer à la réduction et à la prévention des maladies non transmissibles⁹¹, et les gouvernements ont été vivement invités à réduire la charge de morbidité des maladies non transmissibles d'ici à 2025⁹². Les gouvernements reconnaissent de plus en plus le lien qui existe entre alimentation peu saine et maladies non transmissibles ainsi que les défis que posent ces maladies pour le développement (A/RES/66/2).

61. Un cadre international efficace est nécessaire pour amener l'industrie alimentaire mondiale à répondre de ses actes⁹³. Il est essentiel de mettre en place un cadre international contraignant pour les États obligeant ceux-ci à modifier leur législation nationale afin de réduire et de prévenir les maladies non transmissibles liées à l'alimentation. La Convention-cadre pour la lutte anti-tabac pourrait servir de base à un cadre international de responsabilisation et de surveillance de l'industrie agroalimentaire. La communauté internationale doit également veiller à ce que les multinationales de l'alimentaire, mues par leurs intérêts commerciaux, ne sapent pas les efforts déployés par les États sur la voie de la réalisation du droit de jouir du meilleur état de santé possible.

62. Cependant, le simple consensus politique pourrait s'avérer insuffisant pour parvenir à réduire les maladies non transmissibles liées à l'alimentation. Les États, les organisations intergouvernementales et les organisations non gouvernementales devraient unir leurs efforts pour lutter contre ce fléau. Les États doivent élaborer un plan assorti d'échéances définissant les mesures concrètes qui doivent être prises de manière individuelle ou conjointe pour parvenir progressivement à réduire la charge de morbidité des maladies non transmissibles aux niveaux mondial et national. Pour atteindre cet objectif, les États

⁸⁸ Shanthy Mendis, «The policy agenda for prevention and control of non-communicable diseases», *British Medical Bulletin*, vol. 96, n° 1 (2010), p. 37.

⁸⁹ G.F. Anderson, «Missing in action: international aid agencies in poor countries to fight chronic disease», *Health Affairs*, vol. 28, n° 1 (janvier-février 2009), p. 202 et 203.

⁹⁰ Prévention et maîtrise des maladies non transmissibles: Rapport du Secrétaire général (A/66/83); Organisation panaméricaine de la santé, *CARMEN: an Initiative for Integration of Prevention of Noncommunicable Diseases in the Americas* (Washington D.C., 2003). Disponible à l'adresse suivante: <http://www.paho.org/carmen/wp-content/uploads/2012/06/CARMEN-General-Overview.pdf>.

⁹¹ Un nouveau partenariat mondial: vers l'éradication de la pauvreté et la transformation des économies par le biais du développement durable. Rapport du Groupe de personnalités de haut niveau chargé du programme de développement pour l'après-2015, p. 38. Disponible à l'adresse suivante: http://www.un.org/fr/sg/beyond2015_report.pdf.

⁹² OMS, *Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020* (Genève, 2013), Objectif 3, p. 31 et 32. Disponible à l'adresse suivante: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1.

⁹³ Human Rights Watch, «Conseil des droits de l'homme: Une prise de position insuffisante en matière de normes dans le monde des affaires», 16 juin 2011, disponible à l'adresse suivante: <http://www.hrw.org/fr/news/2011/06/16/conseil-des-droits-de-l-homme-une-prise-de-position-insuffisante-en-mati-re-de-norme>.

devraient élaborer des indicateurs et des points de référence et créer des mécanismes internationaux et nationaux de responsabilisation. Les États devraient également allouer des ressources suffisantes pour réduire et prévenir l'obésité et empêcher l'augmentation de la charge de morbidité des maladies non transmissibles liées à l'alimentation.

X. Conclusion et recommandations

63. Conformément à leur obligation de respecter, protéger et réaliser le droit à la santé, les États devraient élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale et un plan d'action de santé publique de large portée pour lutter contre les maladies non transmissibles liées à l'alimentation. Cette stratégie devrait reconnaître le lien qui existe entre les aliments mauvais pour la santé et les maladies non transmissibles, tout en s'attaquant spécifiquement aux problèmes structurels relevés dans la production, la commercialisation et la vente au détail des produits alimentaires, qui donnent l'avantage à la disponibilité et à l'accessibilité d'aliments mauvais pour la santé par rapport aux aliments plus sains. À cette fin, les États devraient mettre en place des approches multisectorielles avec la participation de tous les ministères compétents, notamment les ministères de la santé, de l'agriculture, des finances, de l'industrie et du commerce. Les États devraient également garantir la participation active et effective des communautés concernées, notamment les agriculteurs et les groupes vulnérables – enfants, femmes et personnes à faibles revenus – à tous les niveaux du processus de décision pour décourager la production et la consommation de produits mauvais pour la santé et promouvoir la disponibilité et l'accessibilité d'aliments plus sains.

64. Le Rapporteur spécial recommande aux États de prendre les mesures suivantes afin de respecter, protéger et réaliser le droit à la santé:

a) Accroître la disponibilité et l'accessibilité des aliments sains en adoptant des politiques budgétaires et agricoles qui découragent la production d'aliments mauvais pour la santé. Prendre également des mesures pour inciter les agriculteurs à cultiver des produits plus sains;

b) Faire en sorte que les aliments nutritifs et sains soient disponibles et accessibles, tant sur le plan géographique que sur le plan économique, en particulier pour les groupes de personnes à faibles revenus;

c) Diffuser des informations sur les effets néfastes d'une mauvaise alimentation et mener des campagnes de sensibilisation aux avantages que présentent les régimes alimentaires équilibrés et les aliments sains, pour encourager la consommation d'aliments plus sains;

d) Adopter, mettre en œuvre et faire respecter un étiquetage et des normes de profilage nutritionnel faciles à comprendre, utilisant un code visuel inspiré des feux tricolores par exemple;

e) Encourager les sociétés transnationales, au moyen d'incitations et d'autres mesures budgétaires, à fabriquer et à vendre des aliments et des boissons plus sains qui ne présentent pas de danger pour la santé des consommateurs;

f) Réglementer la commercialisation, la publicité et la promotion des aliments mauvais pour la santé, en particulier la santé des femmes et des enfants, afin de réduire leur visibilité et d'accroître celle des aliments plus sains, par exemple en exigeant des supermarchés qu'ils placent les fruits et les légumes dans des endroits plus visibles et plus accessibles.

65. Afin de garantir que les États respectent leur obligation de mettre en œuvre le droit à la santé des groupes vulnérables, tels que les enfants, les femmes et les personnes à faibles revenus, le Rapporteur spécial recommande aux États de prendre les mesures suivantes:

- a) Lutter contre les stéréotypes sexistes qui font que la préparation des repas incombe principalement aux femmes;
- b) Élaborer et mettre en œuvre des programmes d'éducation à la santé pour promouvoir les choix alimentaires sains en milieu institutionnel, notamment dans les écoles, les centres de santé ou les centres pour les jeunes et les lieux de travail en associant les enfants, les parents ou les salariés, selon les cas;
- c) Veiller à ce que les programmes de protection sociale destinés aux groupes de personnes à faibles revenus diffusent des informations sur la question et donnent accès à une alimentation plus saine afin de supprimer les «déserts alimentaires».

66. Reconnaissant le rôle que joue l'industrie alimentaire dans l'augmentation de la charge de morbidité des maladies non transmissibles, le Rapporteur spécial recommande à l'industrie alimentaire de prendre les mesures suivantes:

- a) Adopter des lignes directrices relatives à l'étiquetage pouvant faire l'objet d'un consensus international et respecter les lignes directrices en vigueur en la matière au niveau national;
- b) S'abstenir de commercialiser et de promouvoir des aliments mauvais pour la santé et d'en faire la publicité auprès de la population, en particulier des enfants;
- c) Investir dans l'amélioration du contenu nutritionnel des aliments mauvais pour la santé;
- d) Accroître la transparence des informations nutritionnelles sur les produits alimentaires et ne pas faire figurer d'allégations de santé mensongères ou ambiguës sur les emballages;
- e) Ne pas saper les efforts faits dans le cadre de la politique de santé publique en matière de nutrition, y compris par des moyens tels que le financement ou la publication de recherches orientées, la création de groupes de façade et l'engagement de poursuites judiciaires coûteuses et lourdes.

67. Le Rapporteur spécial recommande aux États de prendre les mesures suivantes pour rendre des mécanismes de responsabilisation et de recours disponibles et accessibles aux victimes de violations:

- a) Veiller à ce que les investissements internationaux et les accords commerciaux soient conclus de manière pleinement transparente et avec la participation des populations concernées en organisant des débats ouverts avant, pendant et après la négociation de ces accords;
- b) Encourager et promouvoir une surveillance indépendante des activités de l'État et de l'industrie alimentaire. Encourager vivement les personnes concernées et les communautés locales à prendre part à la surveillance de ces activités;
- c) Veiller à ce que la législation et des mécanismes appropriés donnent accès à des voies de recours contre des acteurs étatiques ou non étatiques lorsque ceux-ci ne prennent pas de mesures pour s'acquitter des obligations qui leur incombent au titre du droit à la santé et manquent à leurs obligations internationales concernant la réduction des maladies non transmissibles liées à l'alimentation.

68. Pour ce qui est des obligations internationales des États, le Rapporteur spécial recommande aux États de prendre les mesures suivantes:

a) Faire du droit à la santé une priorité dans les investissements internationaux et les accords commerciaux et veiller à ce que les dispositions de ces accords ou leur application ne portent pas atteinte au droit à la santé;

b) Offrir assistance et coopération à d'autres États qui, du fait de leurs ressources limitées, pourraient ne pas être en mesure de respecter les normes requises en matière de nutrition, ce qui entraînerait une augmentation de la charge de morbidité des maladies non transmissibles liées à l'alimentation;

c) Définir des objectifs et des mesures concrètes à adopter de manière individuelle ou conjointe pour réduire la charge de morbidité des maladies non transmissibles liées à l'alimentation en tenant compte des ressources disponibles de chaque État.
