

## IAM Bari

Le CIHEAM-IAM Bari coordonne depuis février 2010 deux projets de coopération rurale et agricole avec la Syrie, financés par le service de coopération au développement du ministère italien des Affaires Etrangères, dont l'objectif est d'appuyer l'agriculture et la sécurité alimentaire dans ce pays.

Le premier projet, dont l'intitulé précis est « Valorisation du territoire et soutien socio-économique des communautés rurales de la ville archéologique d'Ebla en Syrie », vise à mettre en œuvre un plan d'action de développement territorial intégré avec l'objectif d'améliorer les conditions de vie dans les zones rurales adjacentes à cette ville.

Quant au second projet "Rationalisation de l'utilisation des ressources naturelles pour l'amélioration de la production agricole en Syrie », il a comme objectif d'améliorer l'utilisation des ressources en eau et moderniser les systèmes de production, notamment les chaînes de production de blé et de coton. Ce projet constitue la nouvelle phase d'un programme de coopération déjà mené par l'IAMB en Syrie, qui s'intitule « Rationalisation des systèmes d'irrigation de Ras El Ain ».

[www.iamb.it](http://www.iamb.it)

## Pour de nouvelles politiques alimentaires en Méditerranée

Martine PADILLA

Chercheur CIHEAM-IAM Montpellier

### La malnutrition cachée en Méditerranée : des pathologies similaires au Nord et au Sud

Les études épidémiologiques ont révélé une augmentation de la longévité et une réduction de la mortalité dans les pays méditerranéens en comparaison des pays anglo-saxons ou du Nord de l'Europe. En 20 ans, les pays nord méditerranéens ont gagné presque 4 années de vie, ceux du sud presque 7 ans (PNUD, 2007). Ces effets ont largement été attribués aux particularités de l'alimentation prévalant sur la rive Nord dans les années 1970. Au Sud du Bassin méditerranéen, des politiques actives de subventions massives à l'alimentation conjuguées avec des progrès sur l'hygiène et l'éducation, ont permis d'accroître la durée de l'espérance de vie.

L'entrée de certains pays nord méditerranéens dans l'Union Européenne (UE) et la libéralisation économique pour les pays du Sud ont toutefois bouleversé le paysage. L'adoption, au Sud, de modes de vie et d'habitudes "modernes", a entraîné la diffusion de nouveaux risques dits "de civilisation", conjointement aux risques liés au sous-développement. Les sociétés méditerranéennes sont aujourd'hui globalement confrontées à un défi croissant de déséquilibre entre la relative abondance des disponibilités alimentaires d'un côté, et la forte baisse des besoins énergétiques d'individus installés dans un cadre de vie largement sédentaire. Cette tendance lourde est généralement accompagnée de déséquilibres qualitatifs de l'alimentation vers davantage de graisses saturées (dont les lipides partiellement hydrogénés), de sucres d'absorption rapide (notamment de sucre ajouté par les boissons), de sel, de glucides raffinés, moins de fibres (notamment par la diminution fréquente des fruits et légumes), et davantage de carences cachées (moins de micronutriments). Il en résulte une montée de l'obésité et des maladies chroniques liées à l'alimentation, comme le diabète de type II ou les maladies cardiovasculaires, mais aussi des pathologies liées à des déficiences.

Les pays méditerranéens sont ainsi affectés par l'obésité (indice de masse corporelle > 30). Ce fléau touche actuellement près de 30% des femmes en Grèce, 35% des hommes à Malte, 21% des adultes en Espagne, 17% des adultes en France, tandis que le surpoids concerne environ deux-tiers de la population adulte égyptienne. L'obésité progresse rapidement, à l'instar du Maroc, où elle est passée de 5% en 1985 à 20% en 2005 pour les adultes. On observe en parallèle des situations de maigreur : 5% des femmes et 9% des jeunes de 3 à 17 ans en France en 2005. C'est-à-dire autant qu'au sud ; au Maroc, 5% « seulement » des adultes étaient en état de maigreur en 2000.

Sur le plan des carences, 48% des enfants en Algérie, 41% au Maroc présentent des déficiences en vitamine A ; 49, 31, 26% des femmes sont carencées en fer respectivement en Algérie, Maroc, Tunisie (2% en France). En Espagne, 17%, 5% et 235% des femmes adultes sont carencées en vitamines B6, B12 et folates (Planells, 2003). On voit ainsi qu'à bien des égards, Nord et Sud de la Méditerranée présentent des pathologies similaires et concomitantes.

### La dérive des comportements est-elle en cause ?

On a coutume de dire que la progression des maladies chroniques non transmissibles est fortement liée aux dérives des comportements alimentaires des individus. Avec l'amélioration des revenus et l'urbanisation croissante, les choix alimentaires vont vers des aliments énergétiquement denses, riches en lipides et sucres simples, naturellement recherchés car plus palatables. Certes, l'amélioration des revenus, particulièrement en ville, amène globalement une amélioration de l'alimentation par une plus grande quantité d'énergie, une plus grande variété dans le répertoire alimentaire. Mais par ailleurs, plus les sociétés s'éloignent d'une alimentation traditionnelle, pour se rapprocher d'une alimentation dite « moderne » (riche en produits transformés et industriels, davantage orientée vers une alimentation dite « rapide »), plus le phénomène de transition nutritionnelle et sanitaire sera marqué.

Les villes sont à mettre au premier rang de cette transition et de l'épidémie en cours pour plusieurs raisons : l'accès à une offre alimentaire diversifiée et abondante, l'exposition des individus à la communication commerciale médiatisée sous toutes ses formes (publicité, marketing), l'attractivité de modes de consommation empreints de modernité qu'elle véhicule, l'apparition ou l'extension de temples de l'alimentation (supermarchés, hypermarchés). L'environnement du consommateur incite donc à des changements de comportements, et par ailleurs le consommateur ne maîtrise plus le contenu de son assiette car il n'en connaît plus la composition avec l'acte culinaire qui lui échappe.

## Quelles politiques à l'œuvre pour corriger les tendances ?

Au Sud de la Méditerranée, la prise de conscience du phénomène de transition alimentaire est tardive. Pendant longtemps, les gouvernements ont subventionné les produits énergétiquement denses (farine blanche, pain blanc, huiles de mélanges) au détriment des produits nutritionnellement denses (fruits et légumes, légumineuses, huile d'olive par exemple).

Aujourd'hui, ils continuent de jouer sur un portefeuille d'actions agissant sur les déterminants immédiats et sous-jacents de la malnutrition. Ces actions « directes » restent recommandées de manière prioritaire car elles ont fait la preuve de leur efficacité pour régler les problèmes de retard de croissance des enfants encore très prégnants en Méditerranée. Il s'agit de la promotion de l'allaitement maternel, la supplémentation en vitamine A et en zinc, l'enrichissement des aliments en fer, l'iodisation du sel. Ces actions « directes » ont été diffusées au niveau international (tableau ci-dessous).

### Exemples d'actions « directes » dont l'efficacité est démontrée

Actions à mettre en œuvre dans les pays touchés par le retard de croissance de l'enfant	Actions à mettre en œuvre selon le contexte
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iodation du sel</li> <li>- Supplémentation maternelle en folate/fer, en calcium, en micronutriments multiples</li> <li>- Promotion de l'allaitement maternel</li> <li>- Communication pour le changement des comportements sur l'alimentation de complément</li> <li>- Supplémentation en zinc, supplémentation/fortification en vitamine A pour les enfants et les nourrissons</li> <li>- Zinc dans le traitement de la diarrhée de l'enfant et du nourrisson</li> <li>- Traitement de la malnutrition aiguë sévère</li> <li>- Intervention destinées à réduire la consommation de tabac et la pollution de l'air intérieur</li> <li>- Interventions pour améliorer l'hygiène (dont lavage des mains) chez l'enfant et le nourrisson</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suppléments maternels en énergie et protéines équilibrés, en iode</li> <li>- Déparasitage</li> <li>- Moustiquaires imprégnées d'insecticide</li> <li>- Traitement préventif intermittent du paludisme</li> <li>- Suppléments néonataux en vitamine A</li> <li>- Clampage retardé du cordon ombilical</li> <li>- Programmes de transferts d'argent conditionnels (avec formation en nutrition)</li> <li>- Suppléments et fortification en fer pour les enfants et nourrissons</li> </ul>

Source : Document d'orientation stratégique : Nutrition dans les Pays en Développement, AFD, Delpeuch, 2009

Au Nord de la Méditerranée, nous entrons dans une ère où l'apparition des maladies chroniques liées à l'alimentation reculerait à des âges plus avancés et où l'obésité des jeunes présenterait un pallier dans sa progression. Cette nouvelle situation serait due à un ensemble de politiques alimentaires « sur tous les fronts ».

Deux visions s'opposent en effet quant à l'imputation de la responsabilité des impacts de santé liés aux pratiques alimentaires (Kersh 2009): celles qui mettent l'accent sur la responsabilité individuelle des consommateurs et celles qui mettent l'accent sur les déterminants inscrits dans l'environnement. Pour tenter de modifier les comportements des individus via les politiques, les actions se sont longtemps focalisées sur les facteurs individuels incluant l'amélioration des connaissances, les intentions, les attitudes, les motivations, les goûts. Sur la dernière décennie a émergé une approche plus écologique (au sens anglo-saxon du terme) des comportements alimentaires, et l'on assiste à une croissance exponentielle des études sur le lien entre l'environnement de vie du consommateur et ses comportements. Selon cette même logique, les actions se sont orientées sur l'environnement de l'individu, espérant ainsi modifier ses comportements. Les promoteurs de la santé publique restent attachés aux fondements d'une rationalité politique traditionnelle, qui se concentre sur la réduction des risques encourus par les individus. Cette approche situe la source du risque non dans la décision individuelle de consommateurs souverains, mais dans l'environnement.

Nous avons ainsi trois groupes d'interventions (Padilla, 2008) :

- Les actions qui visent à modifier le comportement en agissant sur l'individu, ses préférences, ses motivations, ses choix (demande) ;
- Celles qui touchent l'environnement du consommateur et qui permettent au consommateur d'accéder à des produits de bonne qualité (offre). L'idée qui prévaut ici est que les choix alimentaires sont, pour partie au moins, déterminés et influencés par des forces du marché au-delà des capacités de contrôle des consommateurs individuels ;
- Celles qui sont combinées, jouant à la fois sur l'individu et son environnement.

## CIHEAM - IMC

Le CIHEAM et l'IAM de Bari se sont engagés en 2008 dans une nouvelle collaboration avec l'Institut méditerranéen de certification (IMC) et le consortium universitaire italien Rifosal, dans le cadre de la programmation d'un cycle de journées d'études méditerranéennes consacrées à la sécurité et à la qualité des aliments.

Cinq rencontres, au cours desquelles le CIHEAM est activement présent (préparation du programme, choix des intervenants, communications), ont été programmées.

La quatrième a été organisée à Istanbul, le 16 avril 2010, avec l'aide des autorités turques, dont le focus thématique portait sur les produits de l'agriculture biologique.

Pour en savoir plus : [www.imcert.it](http://www.imcert.it)



**CIHEAM**  
Centre International de Hautes Études  
Agronomiques Méditerranéennes

## Coopération CIHEAM-FAO

Le CIHEAM a participé à la semaine forestière méditerranéenne organisée par la FAO (Comité Silva Mediterranea) et EFIMED (Mediterranean Regional Office of the European Forest Institute) à Antalya (Turquie) du 14 au 16 avril 2010 qui a réuni des experts de nombreux pays riverains et d'organismes internationaux.

Les experts ont rappelé les principaux éléments du contexte institutionnel, environnemental, social et économique dans lequel évoluent les espaces boisés méditerranéens (enjeux des forêts et espaces naturels terrestres des régions riveraines de la Méditerranée sous les tensions climatiques, l'urbanisation, l'industrialisation, le tourisme, etc). Ils ont appelé l'Union pour la Méditerranée à entreprendre des actions en vue de protéger et valoriser les rôles des espaces boisés méditerranéens dans le développement durable des territoires ruraux.

Pour en savoir plus :

[www.efimed.efi.int](http://www.efimed.efi.int)

L'ensemble de ces actions peuvent être généralisées (appliquées indifféremment à l'ensemble des individus), sélectives (destinées à des groupes à risque : sur le lieu de travail, en milieu scolaire, en communautés), ou ciblées (sur des groupes d'individus qui présentent déjà une pathologie liée à l'alimentation).

Une autre façon de classer les actions est de différencier le niveau d'intervention : actions publiques (Etat, collectivités territoriales), actions privées (associations professionnelles d'agriculteurs, d'entreprises industrielles ou de grande distribution), actions (volontaires) concertées entre pouvoirs publics et entreprises.

Une série de 15 actions différenciées mais complémentaires pourrait être suggérée pour agir, en intervenant soit sur l'individu, soit sur l'environnement du consommateur.

- (1) Faire de l'éducation thérapeutique individuelle en cas de syndrome lié à l'alimentation ;
- (2) Conduire de l'éducation nutritionnelle collective pour améliorer les connaissances sur les caractéristiques des produits et sur l'équilibre alimentaire et nutritionnel, apporter des conseils en matière de comportements ;
- (3) Mener des campagnes d'information nutritionnelle et favoriser l'utilisation des pyramides alimentaires comme repères de « bonne conduite » ;
- (4) Réglementer l'étiquetage nutritionnel de façon à informer le consommateur sur le contenu du produit ;
- (5) Diffuser la recommandation « 5 fruits et légumes par jour », comme le préconisent l'OMS et la FAO.
- (6) Agir sur l'environnement familial qui est le premier lieu d'éducation et de formation des goûts de l'enfant ;
- (7) Favoriser l'accès aux « bons produits » en milieu collectif (écoles, cafétérias, hôpitaux...). En effet le collectif se substitue de plus en plus à la famille pour l'alimentation et peut constituer une bonne voie d'éducation et d'information ;
- (8) Limiter l'accès à certains produits par la gestion de l'aliment-récompense souvent pratiqué en milieu scolaire, la limitation des distributeurs d'aliments défavorables en milieu collectif (la France a par exemple interdit tous les distributeurs dans les écoles, collèges et lycées en 2005). Une réflexion s'amorce aussi sur l'implantation des fast foods à la périphérie des écoles, sachant que l'obésité des jeunes est proportionnelle à la densité de fast foods dans la proximité ;
- (9) Agir sur les prix au moyen de taxes sur les aliments dits défavorables et de subventions aux « bons » produits comme les fruits et légumes, le poisson... Les nutritionnistes s'accordent à dire qu'il n'existe pas de bon et de mauvais produit ;
- (10) Entreprendre des aides directes à la consommation comme les bons alimentaires par exemple, de façon à favoriser l'accès économique à une alimentation de qualité par les populations défavorisées.
- (11) Contrôler la publicité ;
- (12) Agir sur l'offre industrielle en engageant les industriels à améliorer sensiblement la qualité nutritionnelle de leurs produits ;
- (13) Agir sur les portions et le packaging des produits. En effet les portions vendues ou servies en restauration sont de plus en plus volumineuses, ce qui contribue à aggraver les quantités ingérées ;
- (14) Pratiquer la santé communautaire pour éviter l'isolement des individus et l'aider dans ses choix alimentaires ;
- (15) Mener des politiques périphériques cohérentes et nutritionnellement orientées.

Nombreuses sont les possibilités d'actions, reste la volonté politique d'infléchir de façon significative l'offre alimentaire et tous les déterminants du choix des consommateurs. Faire peser tout le poids de la responsabilité sur l'individu contribue d'autant plus à générer une culpabilité qui aggrave la situation. D'autres voies indirectes existent si les décideurs acceptent de penser les politiques agricole, industrielle, commerciale, sociale comme bases de la sécurité alimentaire quantitative et surtout qualitative des populations.

### Références bibliographiques

- **Delpuech F.**, « Document d'orientation stratégique Nutrition dans les Pays en Développement », AFD, Paris, 2009
- **Amiot-Carlin M.J., Caillavet F., Causse M., Combris P., Dallongeville J., Padilla M., Renard C., Soler L.G.**, *Les fruits et légumes dans l'alimentation. Enjeux et déterminants de la consommation. Expertise scientifique collective. Synthèse du rapport*, INRA/MAP, Ed. Quae, Paris, 2008
- **PNUD**, *Annual Report*, New York, 2009
- **Kersh R.**, « The Politics of Obesity: A Current Assessment and Look Ahead », *Milbank Quarterly*, 87(1): 295-316, 2009
- **Planells E., Sanchez C.**, « Vitamins B6 and B12 and folate status in an adult Mediterranean population », *European Journal of Clinical Nutrition*, 57, 777-785, 2003

**Martine Padilla**