

La commercialisation de l'alimentation infantile dans un monde globalisé :
il est temps d'y mettre fin!

Dr. Arun Gupta (14)

Extrait du Rapport 2009 de l'Observatoire du Droit à l'Alimentation et la Nutrition :
Qui contrôle la gouvernance du système alimentaire mondial ? Cfr www.fian.be

Si les efforts du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et de Médecins Sans Frontières (MSF) pour faire pression sur l'Equipe Spéciale du Secrétaire Général de l' ONU sur la Sécurité Alimentaire Mondiale venaient à aboutir, les modèles d'alimentation des jeunes enfants devraient changer de façon drastique dans les cinq années à venir. On passerait ainsi d'aliments naturels à des aliments prêts à l'emploi conditionnés sous forme de « purées » ou de « pâtes à tartiner ». La « fortification artificielle », en opposition à la « fortification naturelle », deviendrait la norme et imposerait des aliments riches en énergie ou en micronutriments. Les agences de l'ONU et d'autres groupes internationaux bien-pensants légitiment ainsi les produits commerciaux pour l'alimentation des jeunes. Cela représente une solution simpliste à la malnutrition infantile. Les directives de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) relatives aux actions que les pays doivent entreprendre pour traiter la malnutrition sévère, expriment clairement leur préférence pour des traitements basés sur les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) (15). Ces directives ne s'intéressent pas aux solutions globales des problèmes de malnutrition infantile. MSF estime les coûts du traitement, basé sur un tel produit commercial, de 19 millions d'enfants en état de malnutrition aigüe sévère, et de 36 millions d'enfants en état de malnutrition aigüe modérée, à environ 3,6 milliards de dollars américains. La pression en faveur de marques d'ATPE (la plus connue étant PlumpyNut) pour prévenir et traiter les formes de malnutrition plus sévères souligne que l'on est en train de commercialiser la malnutrition. Se reposant sur une seule étude, un « aliment thérapeutique » est en passe de devenir un « aliment courant ».

Considérant les chiffres et les bénéfices énormes qui sont en jeu, il est à prévoir que les activités commerciales autour de ces aliments prêts à l'emploi (APEM) vont connaître un essor sans précédent dans les pays en développement, où vit la majorité des enfants mal-nourris de la planète. Si l'on prend l'exemple de l'Inde comme marché potentiel, le nombre d'enfants mal-nourris de moins de cinq ans dépasse les 60 millions. Les intérêts commerciaux sont exprimés clairement dans un communiqué de presse récent de MSF(16). Ce communiqué fait référence à une étude publiée dans le Journal de l'Association Médicale Américaine (17), qui montre que les enfants d'une zone rurale au Niger ayant reçu des compléments alimentaires prêts à l'emploi ont 58% de chances en moins de souffrir de malnutrition sévère. Il est évident que toute nourriture supplémentaire, y compris des APEM, va réduire les risques de malnutrition. Néanmoins, l'étude est faussée dès le départ dans la mesure où elle compare une « intervention » avec « l'absence d'intervention ». Il est facile de comprendre que, dans la situation dont il est question, toute nourriture, qu'elle soit « prête à l'emploi » ou qu'elle soit produite localement, est meilleure que « pas de nourriture du tout ». La médecine scientifique sait qu'il est possible de conduire « x » tests pour prouver « x » nombres de points (ces derniers peuvent même s'avérer contradictoires). Il suffit d'avoir une hypothèse plausible et une étude élaborée sur mesure pour la vérifier. Or, la revue scientifique *The Lancet* (Série Nutrition 2008) (18) qui analyse toutes les études pertinentes disponibles sur la sous-nutrition infantile, ne tient pas l'usage d'ATPE en grande estime.

Un succès dans une situation d'urgence se transforme vite en une intervention standard pour la prévention et le traitement de la malnutrition infantile sévère. Alors que l'usage d'ATPE montre d'excellents résultats en situations d'urgence pour traiter la malnutrition sévère aigüe (c'est-à-dire sous-développement sévère, rapport poids/taille très faible), enlever le T (de « Thérapeutique») pour en faire des aliments prêts à l'emploi (APEM) semble infondé. Les changements que cela va entraîner dans les habitudes alimentaires des populations qui souffrent déjà de la pauvreté et du manque d'accès aux soins, sont trop profonds pour être ignorés. Si l'utilisation des APEM devient une stratégie préventive, comme les agences internationales le préconisent, la nutrition infantile devient un énorme marché. Le gouvernement indien (19) affirme que ce n'est pas la politique de l'Etat d'utiliser des ATPE commercialisés ou simplement des APEM. Cependant, l'UNICEF a précipitamment mis en oeuvre un projet de distribution d'ATPE (plus précisément de PlumpyNut) dans l'Etat indien du Madhya Pradesh. L'UNICEF a qualifié la situation de « situation d'urgence », et a démontré que les ATPE avaient un impact positif. Des efforts sont en cours pour trouver des producteurs pour l'approvisionnement. Ce projet ignore totalement le grand nombre de produits locaux faits par les gens eux-mêmes. Dans une récente réunion en Inde, l'équipe de MSF a affirmé que l'organisation n'était pas en faveur de l'importation d'ATPE. Néanmoins, elle n'a pas pris de position claire sur la distribution d'ATPE comme mesure de prévention de la malnutrition sévère. Elle n'a pas non plus exprimé de position concernant la promotion de solutions disponibles au niveau local pour traiter la malnutrition sévère, et a plaidé, au lieu de cela, pour une « validation scientifique » et « une haute qualité » des ATPE. Montrant son fort intérêt pour le sujet, l'UNICEF a récemment finalisé une étude rassemblant des données sur la malnutrition sévère aigüe (MSA) au Bangladesh. Encore une expression pour un phénomène qui existe depuis de nombreuses années. La campagne menée par des agences influentes telles que l'OMS, le PAM, l'UNICEF et le Comité Permanent des Nations unies sur la Nutrition (CPN) fait passer un produit pour une panacée ou une baguette magique pour faire disparaître la malnutrition, cachant le fait que les aliments constituent le premier moyen de prévention et de traitement de la malnutrition. Les APEM et les ATPE ne sont eux-mêmes que des aliments, et le fait qu'ils soient des aliments commerciaux ne les placent pas au-dessus des autres denrées alimentaires. Potentiellement, ils peuvent changer fondamentalement la manière dont les enfants pauvres mangent et cela en fait une solution indésirable. En outre, ils posent la sérieuse question de la souveraineté alimentaire, et on peut se demander : qui profite vraiment de telles interventions ? Certains diront : si le produit est très utile, pourquoi ne pas l'utiliser ? Or, ceux qui sont à l'origine des preuves scientifiques de l'efficacité du produit, étaient pris dans un conflit d'intérêt. En 2003 (20), des études ont été financées par la Fondation Nestlé et Nutriset France (les producteurs de PlumpyNut). Elles laissent planer des doutes concernant les preuves de bénéfices immenses pour le public, et laissent supposer des avantages privés non déclarés. Les interventions et les politiques encourageant la distribution d'ATPE vont bénéficier à un petit nombre d'entreprises qui fabriquent ces aliments prêts à l'emploi dans l'espoir que les NU, les organisations humanitaires et les donateurs les acheteront. L'idée que des enfants pauvres dans des villages ou dans des zones tribales qui consomment une alimentation traditionnelle soient forcés de dépendre d'aliments conditionnés prêts à la consommation est totalement insensée, inacceptable et non durable. Les agences qui plaident en faveur de la mise en oeuvre de programmes commerciaux pour le traitement de la MSA ne font aucune preuve d'engagement en faveur de la prévention de cette même MSA. La stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant de l'OMS et l'UNICEF stipule que : « Pour avoir une croissance, un développement et une santé optimaux, le nourrisson doit être exclusivement nourri au sein pendant les six premiers mois de la vie : c'est là une recommandation générale de santé publique.

Par la suite, en fonction de l'évolution de ses besoins nutritionnels, le nourrisson doit recevoir des aliments complémentaires sûrs et adéquats du point de vue nutritionnel, tout en continuant d'être allaité jusqu'à l'âge de deux ans ou plus ». Cette approche, si elle est mise en œuvre correctement, préviendra la malnutrition chez les enfants. Elle exige un soutien adéquat et suffisant accordé aux mères qui allaitent, notamment par le biais de conseillers formés, d'accompagnement à l'accouchement pour commencer l'allaitement, de garderies sur les lieux de travail des mères et une assistance financière accordée aux femmes pour la période d'allaitement exclusif. Il est crucial que chaque famille puisse avoir accès à une nourriture adéquate en quantité et qualité à des prix abordables. En résumé, cette approche reconnaît qu'une alimentation adéquate, saine et culturellement acceptable est un droit humain fondamental. Naturellement, cette approche ne permet pas aux grandes entreprises de générer d'immenses profits, sans lesquels les progrès en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant demeurent au niveau du discours et non d'actions concrètes. On peut se demander: combien de temps un pays va-t-il continuer à traiter la MAS, avant que de sérieux efforts soient faits pour la prévenir ? Des efforts doivent être faits pour garantir que les enfants reçoivent une alimentation suffisante et variée et que la malnutrition soit prévenue. Les nations se doivent de mettre d'abord en place des politiques de santé préventive et de nutrition ; elles doivent résister aux interventions commerciales faites au nom de la lutte contre les problèmes de malnutrition infantile.

(14) Dr. Arun Gupta MD FIAP est le Coordinateur national du Réseau pour la Promotion de l'Allaitement en Inde (RPAI) et Coordinateur régional du Réseau International des Groupes d'Action pour l'Alimentation Infantile (RIGAAI), Asie.

(15) Prise en charge communautaire de la malnutrition sévère aiguë : déclaration commune de l'Organisation Mondiale de la Santé, du Programme Alimentaire Mondial et du Comité Permanent de la Nutrition du système des Nations unies, OMC 2007

(16) http://www.msf.org/msfinternational/invoke.cfm?objectid=F5C5570D-15C5-F00A-25BBD8AAAF65058A&component=toolkit.presselease&method=full_html

(17) Isanaka S, Nombela N, Djibo A, Poupard M, Van Beckhoven D, Gaboulaud V, Guerin PJ, Grais RF.

Effect of preventive supplementation with ready-to-use therapeutic food on the nutritional status, mortality, and morbidity of children aged 6 to 60 months in Niger: a cluster randomized trial. JAMA 2009;301(3):327-8.

(18) Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, Cousens S, Dewey K, Giugliani E, Haider BA, Kirkwood B, Morris SS, Sachdev HP, Shekar M; Grupo de estudio de desnutrición materna e infantil. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. Lancet. 2008;371(9610):417-40.

(19) Government of India Circular No.Z.28020/50/2003-CH Government of India Ministry of Health and Family Welfare Child health Division dated 30Decembre 2008.

(20) Diop EHI, Dossou NI, Ndour NM, Briend A and Wade S: Comparison of the efficacy of a solid ready-to-use food and a liquid, milk-based diet for the rehabilitation of severely malnourished children: a randomized trial, American Journal of Clinical Nutrition, Vol. 78, No. 2, 302-307, August 2003.