

Big Food, systèmes alimentaires et santé globale

David Stuckler, Marion Nestle

Article original : Stuckler D, Nestle M (2012) Big Food, Food Systems, and Global Health. *PLoS Med* 9(6): e1001242. doi:10.1371/journal.pmed.1001242

Date de publication : 19 juin 2012

Copyright : © 2012 Stuckler, Nestle. Ceci est un article distribué en accès libre sous la licence *Creative Commons* qui permet un usage, une distribution et une reproduction illimités quel qu'en soit le support, tant que les auteurs originaux et la source sont cités

Financement : No specific funding was received for writing this article.

Liens d'intérêts : MN and DS are the guest editors of the *PLoS Medicine* series on Big Food.

Abréviations : LMIC, low- and middle-income country; SSB, sugar-sweetened beverage

Provenance : Remis à la commission, non revu de manière externe

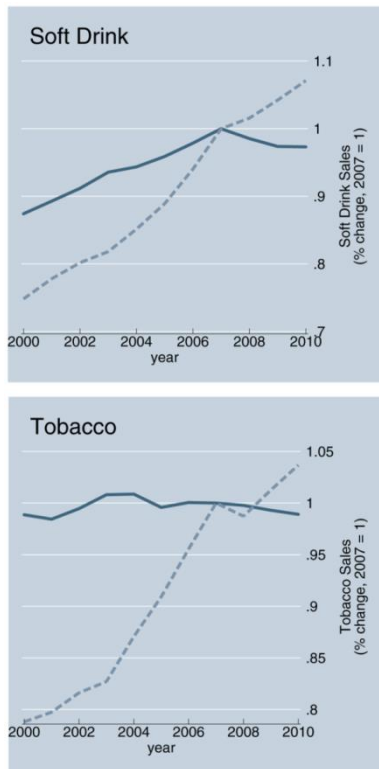
Traduction française : Association de Diététique et Nutrition Critiques (ADNC), www.adnc.asso.fr

Comme la série *PLoS Medicine* sur Big Food (www.ploscollections.org/bigfood) débute, nous allons commencer cet essai avec une conclusion brutale : les systèmes alimentaires mondiaux ne permettent pas la satisfaction des besoins alimentaires de la planète [1]. Environ un milliard de personnes souffrent de la faim, tandis que deux milliards de personnes sont en surpoids [2]. L'Inde, par exemple, connaît une hausse des deux à la fois :

depuis 1995 environ 65 millions de personnes supplémentaires souffrent de malnutrition, et un adulte sur cinq est aujourd'hui en surpoids [3], [4]. Cette coexistence de l'insécurité alimentaire et de l'obésité peut sembler être un paradoxe [5], mais sur et sous-alimentation sont deux aspects de la malnutrition [6]. Il existe un facteur commun aux deux : les systèmes alimentaires ne sont pas conçus pour fournir l'alimentation humaine, mais pour maximiser les profits. Pour les personnes vivant dans la pauvreté, cela signifie soit l'exclusion du développement (et l'insécurité alimentaire qui en résulte) soit manger à faible coût, c'est-à-dire des aliments hautement transformés manquant de nutriments et riches en sucre, sel et graisses saturées (ce qui peut avoir des conséquences sur l'embonpoint et l'obésité).

Pour comprendre qui est responsable de ces échecs nutritionnels, il est d'abord nécessaire de se demander : *Qui dirige les systèmes alimentaires mondiaux ?* En gros c'est « Big Food », qui désigne les multinationales agroalimentaires avec le pouvoir d'accéder à un marché considérable et concentré [7], [8]. Aux États-Unis, les dix plus grandes entreprises agroalimentaires contrôlent plus de la moitié de toutes les ventes de produits comestibles [9]. Dans le monde cette proportion est d'environ 15%, et elle est en hausse. Mondialement, plus de la moitié des boissons non alcoolisées sont fabriquées par de grandes sociétés multinationales, principalement Coca-Cola et PepsiCo [10]. Les trois-quarts des ventes alimentaires mondiales impliquent des aliments transformés implantation rapide sur les marchés des pays à faible et moyen revenus (PFR-PRI) est le résultat des campagnes de marketing de masse et d'investissements à l'étranger, principalement par des rachats d'entreprises alimentaires nationales [15]. Le commerce joue un rôle minime et ne représente que 6% des ventes mondiales de produits alimentaires transformés [15]. Les « transformateurs » mondiaux sont les principaux responsables de l'accélération de la « transition nutritionnelle », les populations délaissant des régimes alimentaires simples et traditionnels pour des aliments hautement transformés [16], [17].

Figure 1 : Croissance des ventes de Big Food et de Big Tabac dans les pays en voie de développement : un exemple



La ligne bleue continue représente les pays développés, et celle en pointillée, les pays en voie de développement

Source: Passport Global Market Information Database: EuroMonitor International, 2011 [12].

Big Food est la force motrice de l'augmentation mondiale de la consommation de boissons sucrées (BRSA) et d'aliments transformés enrichis en sel, sucre et graisse [13]. L'augmentation de la consommation de produits alimentaires issus de Big Food suit de près les niveaux croissants d'obésité et de diabète [18]. L'expérience montre que les BRSA sont les principaux contributeurs à l'obésité infantile [19], [20], ainsi qu'à long terme à la prise de poids, au diabète de type 2 et aux maladies cardiovasculaires [21], [22]. Des études montrent également une association

statistique de la consommation fréquente d'aliments hautement transformés avec un gain de poids et les maladies associées [23].

Bien sûr, Big Food peut aussi apporter des avantages à des partenaires locaux : amélioration de la performance économique grâce à la technologie et certains savoir-faire, ainsi qu'une réduction des risques de dénutrition [24]. L'ampleur de ces avantages est discutable toutefois, compte tenu des effets négatifs sur les agriculteurs, les producteurs nationaux et les prix des denrées alimentaires [25].

, dont les plus grands fabricants détiennent plus d'un tiers du marché mondial [11]. Le système alimentaire à l'échelle de la planète n'est pas un marché concurrentiel de petits producteurs, mais un oligopole. Ce que mangent les gens est de plus en plus contrôlé par quelques sociétés agroalimentaires multinationales [12].

Pratiquement toute la croissance des ventes de Big Food provient des pays en développement [13] (voir Figure 1). La saturation des marchés dans les pays développés [14], ainsi que l'attrait des 20% de revenus que les gens consacrent en moyenne aux denrées alimentaires au niveau mondial, a stimulé Big Food pour augmenter son expansion sur toute la planète. Son

Réponse de la santé publique à Big Food: A Défaute d'agir

Les professionnels de la santé publique ont été lents à réagir à de telles menaces nutritionnelles dans les pays développés et même encore plus dans les pays en développement. Grâce aux idées contenues dans les documents des compagnies de tabac, nous avons appris beaucoup de choses sur la façon dont cette industrie a cherché à contourner ou à faire fi des interventions de santé publique qui pourraient menacer leurs profits. Nous avons maintenant des preuves considérables que les entreprises alimentaires et des boissons utilisent des tactiques similaires pour saper les mesures de santé publique telles que la fiscalité et la réglementation [26], [27], [28], [29], une observation non surprenante étant donné les flux de personnes, de fonds et

les activités entre les géants du tabac et de l'alimentation. Pourtant, la réponse des acteurs en santé publique face à Big Food a été minime.

Nous pouvons penser qu'il y a plusieurs raisons à cet échec de l'action [30]. La première est la reconnaissance tardive de l'importance de l'obésité comme contributrice des maladies constituant un véritable fardeau dans les PFR-PRI [13]. La Déclaration politique 2011 de l'Organisation des Nations Unies (Réunion de haut niveau sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles) a reconnu l'urgence de s'attaquer aux principales causes évitables de décès et d'invalidité [31], mais ne mentionne même pas les rôles de l'agro-industrie et des aliments transformés dans l'obésité. Malgré les preuves du contraire, certaines agences de développement continuent à considérer l'obésité comme une « maladie de la richesse » et un signe de progrès dans la lutte contre la dénutrition [32].

Une raison plus difficile à admettre est que l'action nécessite la lutte contre des intérêts économiques, en particulier les entreprises puissantes de Big Food qui ont de l'influence et des liens étroits avec les gouvernements nationaux. C'est un terrain difficile pour de nombreux spécialistes de la santé publique. Il a fallu cinquante ans après les premières études reliant le tabac et le cancer pour mettre en place des politiques de santé publique efficaces, avec un coût énorme pour la santé humaine. Faut-il attendre cinquante ans pour répondre aux effets similaires de Big Food ?

Si nous voulons prendre au sérieux ces questions de nutrition, nous devons faire des choix concernant la façon de s'engager face à Big Food. Devons-nous considérer les entreprises alimentaires comme des « partenaires » et comme faisant partie de la solution face à la hausse des taux d'obésité et des maladies chroniques ? C'est le cœur des débats aujourd'hui, comme indiqué par les divers points de vue des défenseurs de l'action de PepsiCo ou des scientifiques de la nutrition [24], [27], [28], [33], [34].

S'engager face à Big Food -Trois aspects

Nous voyons trois possibilités d'engager ce débat. La première privilégie l'autorégulation volontaire, et ne nécessite aucun nouvel engagement de la communauté de la santé publique. Ceux qui partagent ce point de vue soutiennent que les forces du marché vont corriger d'elles-mêmes les externalités négatives résultant de la plus grande consommation de produits à risque. Les personnes bien informées, disent-ils, auront le choix de manger des aliments malsains et ne doivent pas être soumis au paternalisme de la santé publique. Sur cette base, le secrétaire général de l'ONU Ban Ki Moon a exhorté l'industrie à être plus responsable: « J'appelle surtout les sociétés qui tirent profit de la vente d'aliments transformés aux enfants à agir avec la plus grande intégrité. Je pense non seulement aux fabricants d'aliments, mais aussi aux sociétés de médias, de marketing et de la publicité qui jouent un rôle central dans ces entreprises » [35]. De même, le ministre de la Santé du Royaume-Uni a récemment déclaré : « l'industrie alimentaire doit être considérée, non seulement comme une partie du problème, mais une partie de la solution ... L'accent mis sur la prévention, l'activité physique et les responsabilités personnelle et collective pourrait, aux côtés d'une action unifiée du gouvernement, faire une grande différence » [36].

Le second point de vue favorise les partenariats avec l'industrie. Les défenseurs de la santé publique qui ont adopté ce point de vue peuvent travailler avec l'industrie en vue d'apporter des changements positifs en son sein, ou rechercher activement des partenariats et des alliances avec les entreprises alimentaires. L'industrie alimentaire, disent-ils, n'est pas l'industrie du tabac. Alors que le tabac est manifestement nuisible dans toutes les formes et les niveaux de consommation, la nourriture ne l'est pas. Nous pouvons vivre sans tabac, mais nous devons tous manger. Par conséquent, ce point de vue soutient que nous devons travailler avec Big Food à faire de meilleurs produits et les commercialiser de façon plus responsable.

La troisième approche est critique par rapport aux deux premières. Elle reconnaît les conflits d'intérêts inhérents entre les entreprises qui profitent de la nourriture malsaine et les collaborations de la santé publique. Parce que la

croissance des bénéfiques est l'objectif principal des sociétés, l'autorégulation et le travail issu de l'intérieur sont voués à l'échec. La plupart des partisans de ce point de vue soutiennent la réglementation publique comme la seule approche valable, même si certains proposent que des comités d'experts de la santé publics établissent des normes et surveillent les performances de l'industrie dans l'amélioration de la qualité nutritionnelle des produits alimentaires et dans la commercialisation des produits auprès des enfants.

Nous soutenons ce troisième point de vue, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, nous ne trouvons aucune preuve d'un alignement des intérêts de santé publique dans la lutte contre l'obésité avec celle de l'industrie alimentaire et des boissons. Tout partenariat *doit* générer un bénéfice pour l'industrie, qui a un mandat légal pour maximiser la richesse des actionnaires. Nous ne voyons également aucun mécanisme évident, établi ou légitime, par lequel les professionnels de la santé publique pourraient augmenter les profits de Big Food.

Big Food réalise son profit par l'expansion des marchés pour atteindre plus de gens, par l'augmentation de l'envie de manger pour qu'ils achètent plus de nourriture, et par l'augmentation des marges en encourageant la consommation de produits avec un meilleur rapport coût/profit [28]-[31], [37]. L'industrie atteint ces objectifs grâce à la transformation des aliments et à la commercialisation publicitaire, et nous n'avons connaissance d'aucune preuve de gains de santé grâce à des partenariats dans ces domaines. En théorie un traitement minimal des aliments peut améliorer le contenu nutritionnel. Dans la pratique, la plupart des traitements sont faits pour améliorer le goût, la durée de conservation et la transportabilité, des processus qui réduisent la qualité nutritionnelle. Les aliments très transformés ne sont pas nécessaires à la survie, et peu d'individus sont suffisamment bien informés ou capables de surmonter les obstacles du marketing et du faible coût [38]. Les grandes entreprises alimentaires ont les ressources nécessaires pour recruter les principaux scientifiques et les experts de la nutrition pour guider le développement et la reformulation des produits, laissant un rôle incertain aux conseillers en santé publique.

Pour promouvoir la santé, l'industrie devrait fabriquer et commercialiser des aliments plus sains, de façon à diminuer la consommation des aliments hautement transformés et malsains. Pourtant, ces aliments plus sains sont intrinsèquement moins rentables. Les seuls moyens de l'industrie pour préserver ses profits seraient, soit de saper les tentatives de santé publique de taxer et de réglementer, soit d'amener les gens à manger plus d'aliments sains tout en continuant à manger les aliments malsains rentables [33], [39]. Aucune de ces options n'est souhaitable d'un point de vue nutritionnel. Alors que le soutien de l'industrie pour la recherche pourrait être considéré comme un moyen d'aligner les intérêts, les études financées par l'industrie sont de 4 à 8 fois plus susceptibles d'apporter des conclusions favorables à l'industrie [40].

Le « principe de précaution » est la deuxième raison de soutenir le point de vue critique [41]. Parce qu'il est difficile de savoir si des conflits d'intérêts patents pourront un jour se concilier d'une manière favorable à la santé publique, nous privilégions l'action sur la base d'éléments de preuve. Comme George Orwell l'a dit, « Les saints doivent toujours être jugés coupables jusqu'à ce qu'ils soient innocentés ». Nous croyons que la charge de la preuve incombe à l'industrie alimentaire. Si les entreprises alimentaires peuvent établir une autoréglementation rigoureuse et indépendante ou des partenariats public-privé améliorant à la fois la santé et le profit, ces méthodes devraient être étendues et reproduites. Mais à ce jour, l'autorégulation n'a pas réussi à atteindre les objectifs fixés [42], [43], [44], [45], [46], [47], et a plutôt conduit à accroître la pression pour davantage de régulation publique. La décision de Kraft d'interdire les acides gras trans, par exemple, a eu lieu sous la pression de poursuites judiciaires [48]. Si l'industrie croyait que l'auto-régulation augmentait les profits, elle se serait déjà autoréglée.

Nous pensons que le point de vue critique a beaucoup à offrir. Il s'agit d'un modèle d'engagement dynamique et dialectique. Il augmentera les pressions sur l'industrie pour améliorer la santé, et il encouragera ceux qui

sont sensibles aux premier et second points de vue à effectuer le changement depuis l'intérieur des grandes industries de la nourriture et de la boisson.

Les professionnels de la santé doivent reconnaître que l'influence de Big Food sur les systèmes alimentaires mondiaux est un problème, et faire ce qui est nécessaire pour parvenir à un consensus sur la façon de s'engager de manière critique. La Coalition sur les Conflits d'Intérêts, qui a vu le jour suite à des préoccupations concernant l'influence de Big Food sur la Haute Réunion de l'ONU concernant les maladies non transmissibles (U.N. High-Level Meeting on NCDs) est un bon point de départ [29], [49]. Les professionnels de la santé publique doivent rendre la nutrition aussi prioritaire que le VIH, les maladies infectieuses et d'autres maladies menaçantes. Ils devraient soutenir les initiatives telles que les restrictions du marketing publicitaire destinés aux enfants, de meilleures normes nutritionnelles pour les repas scolaires, et les taxes sur les boissons sucrées (BRSA). L'objectif central de santé publique doit être d'aligner les motivations de profits de Big Food avec les objectifs de santé publique. Sans une action directe et concertée afin de mettre en évidence et de régler les intérêts de Big Food, les épidémies de pauvreté, de faim et d'obésité sont susceptibles de devenir de plus en plus graves.

Sources :

1. De Schutter O (2011) Report submitted by the Special Rapporteur on the right to food. Geneva: United Nations. Available : <http://www2.ohchr.org/english/issues/food/docs/A-HRC-16-49.pdf>.
2. Patel R (2008) Stuffed and starved: The hidden battle for the world food system: Melville House. 448 p.
3. Doak C, Adair LS, Bentley M (2005) The dual burden household and nutrition transition paradox. *Int J Obesity* 29: 129–136.
4. Stein AD, Thompson AM, Waters A (2005) Childhood growth and chronic disease: evidence from countries undergoing the nutrition transition. *Matern Child Nutr* 1: 177–184. Available: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16881898.
5. Caballero B (2005) A nutrition paradox – underweight and obesity in developing countries. *N Engl J Med* 352: 1514–1516.
6. Eckholm E, Record F (1976) The two faces of malnutrition. *Worldwatch*. Available: <http://www.worldwatch.org/bookstore/publication/worldwatch-paper-9-two-faces-malnutrition>.
7. Pollan M (2003) The (agri)cultural contradictions of obesity. *New York Times*. Available: <http://www.nytimes.com/2003/10/12/magazine/12WVLN.html>.

8. Brownell K, Warner KE (2009) The perils of ignoring history: Big Tobacco played dirty and millions died. How similar is Big Food? *Milbank Quarterly* 87: 259–294.
9. Lyson T, Raymer AL (2000) Stalking the wily multinational: power and control in the US food system. *Agric Human Values* 17: 199–208.
10. Alexander E, Yach D, Mensah GA (2011) Major multinational food and beverage companies and informal sector contributions to global food consumption: Implications for nutrition policy. *Global Health* 7: 26.
11. Alfranca O, Rama R, Tunzelmann N (2003) Technological fields and concentration of innovation among food and beverage multinationals. *International Food and Agribusiness Management Review* 5.
12. EuroMonitor International (2011) Passport Global Market Information Database: EuroMonitor International.
13. Stuckler D, McKee M, Ebrahim S, Basu S (2012) Manufacturing Epidemics: The Role of Global Producers in Increased Consumption of Unhealthy Commodities Including Processed Foods, Alcohol, and Tobacco. *PLoS Med.* 6. doi:10.1371/journal.pmed.1001235.
14. Hawkes C (2002) Marketing activities of global soft drink and fast food companies in emerging markets: A review. Geneva: World Health Organization. Available: <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/globalization.diet.and.ncds.pdf>.
15. Regmi A, Gehlhar M (2005) Processed food trade pressured by evolving global supply chains. *Amberwaves: US Department of Agriculture*. Available: <http://www.ers.usda.gov/amberwaves/february05/features/processedfood.htm>.
16. Popkin B (2002) Part II: What is unique about the experience in lower- and middle-income less-industrialised countries compared with the very-high income countries? The shift in the stages of the nutrition transition differ from past experiences! *Public Health Nutr.* 5. : 205–214. doi:10.1079/PHN2001295.
17. Hawkes C (2005) The role of foreign direct investment in the nutrition transition. *Public Health Nutri* 8: 357–365.
18. Basu S, Stuckler, D McKee M, Galea G (2012) Nutritional drivers of worldwide diabetes: An econometric study of food markets and diabetes prevalence in 173 countries. *Public Health Nutrition*. In press.
19. Maliv V, Schulze MB, Hu FB (2006) Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: A systematic review. *Am J Clin Nutr* 84: 274–288.
20. Moreno L, Rodriguez G (2007) Dietary risk factors for development of childhood obesity. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 10: 336–341.
21. Hu F, Malik VS (2010) Sugar-sweetened beverages and risk of obesity and type 2 diabetes. *Physiol Behav* 100: 47–54.
22. Malik V, Popkin BM, Bray GA, Despres JP, Hu F (2010) Sugar-sweetened beverages, obesity, type 2 diabetes mellitus, and cardiovascular disease risk. *Circulation* 121: 1356–1364.
23. Pereira M, Kartashov AI, Ebbeling CB, Van Horn L, Slattery ML, et al. (2005) Fast food habits, weight gain and insulin resistance in a 15-year prospective analysis of the CARDIA study. *Lancet* 365: 36–42.
24. Yach D, Feldman ZA, Bradley DG, Khan M (2010) Can the food industry help tackle the growing burden of undernutrition? *Am J Public Health* 100: 974–980.
25. Evenett S, Jenny F (2011) Trade, competition, and the pricing of commodities. Washington D.C.: Center for Economic Policy Research. Available: http://www.voxeu.org/reports/CEPR-CUTS_report.pdf.
26. Chopra M, Damton-Hill I (2004) Tobacco and obesity epidemics: Not so different after all? *BMJ* 328: 1558–1560.
27. Ludwig D, Nestle M (2008) Can the food industry play a constructive role in the obesity epidemic? *JAMA* 300: 1808–1811.

28. Wiist W (2011) The corporate playbook, health, and democracy: The snack food and beverage industry's tactics in context. In: Stuckler D, Siegel , K , editors. Oxford: Oxford University Press.
29. Stuckler D, Basu S, McKee M (2011) UN high level meeting on non-communicable diseases: An opportunity for whom? *BMJ*. 343. d5336 p. doi:10.1136/bmj.d5336.
30. Stuckler D (2008) Population causes and consequences of leading chronic diseases: A comparative analysis of prevailing explanations. *Milbank Quarterly* 86: 273–326.
31. UN General Assembly (2011) Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases (NCDs). New York: UN. Available: <http://www.un.org/en/ga/ncdmeeting2011/>.
32. Mitchell A (2011) Letter to National Heart Forum about 'Priority actions for the NCD crisis'. In: Lincoln P, editor. London: UK DFID.
33. Monteiro C, Gomes FS, Cannon G (2009) The snack attack. *Am J Public Health* 100: 975–981.
34. Acharya T, Fuller AC, Mensah GA, Yahc D (2011) The current and future role of the food industry in the prevention and control of chronic diseases: The case of PepsiCo. In: Stuckler D, Siegel , K , editors. Oxford: Oxford University Press.
35. Ki-Moon B (2011) Remarks to the General Assembly meeting on the prevention and control of non-communicable disease. Geneva: UN. Available: http://www.un.org/apps/news/infocus/sgspeeches/statments_full.asp?statID=1299.
36. Lansley A (2011) 4th plenary meeting. Geneva: UN. Available: <http://www.ncdalliance.org/sites/default/files/rfiles/Monday%20Sep%2019%203pm.pdf>.
37. Koplan J, Brownell KD (2010) Response of the food and beverage industry to the obesity threat. *JAMA* 304: 1487–1488.
38. Wansink B (2007) *Mindless eating: Why we eat more than we think*. Bantam Books.
39. Wilde P (2009) Self-regulation and the response to concerns about food and beverage marketing to children in the United States. *Nutr Rev* 67: 155–166.
40. Lesser L, Ebbeling CB, Goozner M, Wypij D, Ludwig DS (2008) Relationship between funding source and conclusion among nutrition-related scientific articles. *PLoS Med*. 4. e5 p. doi:10.1371/journal.pmed.0040005.
41. Raffensperger C, Tickner J (1999) *Protecting public health and the environment: implementing the precautionary principle*. Washington D.C.: Island Press.
42. Lewin A, Lindstrom L, Nestle M (2006) Food industry promises to address childhood obesity: Preliminary evaluation. *J Public Health Policy* 27: 327–348.
43. Lang T (2006) *The food industry, diet, physical activity and health: A review of reported commitments and practice of 25 of the world's largest food companies*. London: Oxford Health Alliance.
44. Sharma L, Teret SP, Brownell KD (2010) The food industry and self-regulation: Standards to promote success and to avoid public health failures. *Am J Public Health* 100: 240–246.
45. Bonell C, McKee M, Fletcher A, Haines A, Wilkinson P (2011) The nudge smudge: misrepresentation of the “nudge” concept in England's public health White Paper. *Lancet* 377: 2158–2159.
46. Campbell D (2012) High street outlets ignoring guidelines on providing calorie information. *The Guardian*. London. Available: <http://www.guardian.co.uk/business/2012/mar/15/high-street-guidelines-calorie-information>.
47. Hawkes C, Harris JL (2011) An analysis of the content of food industry pledges and marketing to children. *Public Health Nutr* 14: 1403–1414.

48. Zernike K (2004) Lawyers shift focus from Big Tobacco to Big Food. New York Times. New York. Available: <http://www.nytimes.com/2004/04/09/us/lawyers-shift-focus-from-big-tobacco-to-big-food.html>.
49. Conflicts of Interest Coalition (2011) Statement of Concern