HAL
open science

Pratiques et perception des risques nutritionnels : les mères face aux malnutritions infantiles au Vietnam

Natacha Calandre

To cite this version:

Natacha Calandre. Pratiques et perception des risques nutritionnels : les mères face aux malnutritions infantiles au Vietnam. Sciences de l'Homme et Société. Ecole Nationale Supérieure Agronomique de Montpellier, 2006. Français. NNT : . tel-02823974

HAL Id: tel-02823974

https://hal.inrae.fr/tel-02823974v1

Submitted on 6 Jun 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE MONTPELLIER 1

ECOLE NATIONALE SUPERIEURE D'AGRONOMIE DE MONPTPELLIER

Ecole Doctorale Economie et Gestion de Montpellier – ED 231

UMR 1110 MOISA (Marchés, Organisations, Institutions et Stratégies d'acteurs)

PRATIQUES ET PERCEPTION DES RISQUES NUTRITIONNELS.

Les mères face aux malnutritions infantiles au Vietnam.

Thèse présentée

par **Natacha CALANDRE**

pour obtenir le grade de

Docteur de l'Ecole Doctorale Economie et Gestion

Spécialité : **Economie et Gestion du Développement Agricole, Agro-Alimentaire et Rural**

Soutenue publiquement le 24 mars 2006

JURY

Directeur de thèse	: Lucie SIRIEIX, professeur, Agro Montpellier
Co-directeur de thèse	: Nicolas BRICAS, chercheur, CIRAD Montpellier
Rapporteurs	: Jean-Pierre POULAIN, professeur, Université Toulouse 2
	: Pierre COMBRIS, directeur de recherche, INRA Ivry
Examinateurs	: Patrick PERETTI-WATEL, professeur, INSERM Marseille
	Jean-Louis LAMBERT, professeur, ENITIAA Nantes

A

Zoé, née le 17 avril 2004,

ma sœur Audrey,

mes parents.

REMERCIEMENTS

Je souhaite exprimer ma profonde gratitude et reconnaissance à ma directrice de thèse Lucie Sirieix et mon co-directeur de thèse Nicolas Bricas pour leur accompagnement tout au long de ce travail, la confiance qu'ils m'ont témoigné et leur soutien amical. Merci pour votre encadrement, vos riches contributions et votre ouverture qui ont été les moteurs de ma réflexion et de cette expérience.

Je remercie également les professeurs Jean-Louis Rastoin et Jean-Marie Boisson pour avoir porté et défendu ce projet de thèse et pour leur accueil au sein de leur unité de recherche.

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance à Pierre Combris, directeur de recherche, et au Professeur Jean-Pierre Poulain pour m'avoir fait l'honneur d'examiner ce travail ainsi qu'aux Professeurs Jean-Louis Lambert et Patrick Peretti-Watel de leur présence et participation à ce jury. Je vous remercie pour vos critiques constructives et pour ouvrir l'opportunité d'échanger sur le sujet.

Je remercie Michel Delpeuch et Michelle Holsworth de l'IRD pour leur contribution à l'avancement de cette recherche et leurs suggestions.

Je remercie chaleureusement Muriel Figuié pour son accueil à Hanoi, sa disponibilité et pour avoir créé les conditions favorables à la réalisation de l'étude. Merci d'avoir éclairé mes interrogations théoriques et méthodologiques et pour nos échanges constructifs. Merci à Gilles Mandret, représentant du Cirad au Vietnam, pour son accueil et à Paule Moustier pour son soutien. Merci également à l'équipe du programme Malica et en particulier à Tham, Phuong et Max pour leur aide.

J'adresse un immense remerciement à Serge Trèche de l'IRD et à Olivier Bruyeron du GRET pour l'intérêt témoigné à cette recherche, pour avoir permis la réalisation de ce travail au sein du programme Fasevie, pour leur soutien et leurs contributions majeures. Merci sincèrement à toute l'équipe du Fasevie pour son accueil, sa bonne humeur et sa grande collaboration.

Le travail empirique n'aurait pu être réalisé sans les efforts, le dévouement et la collaboration engagée de :

Mr Nguyễn Đức Truyền de l'Institut de Sociologie,

Trần Thị Thanh Hi ; merci pour ton dynamisme, ton implication, tes rires et ton amitié ;

Trương Thuý Hằng ; merci pour les moments partagés, un grand merci à ta famille ;

Lê Thị Phượng et Nguyễn Hoàng Nga, les inséparables enquêtrices de Hanoi,

Dr Phạm Văn Phú, médecin à l'université de médecine de Hanoi,

Huỳnh Thị Hương, Hoàng Thị Hoa, Nhật Nguyệt, Nguyễn Thị Nguyệt et Võ Thị Liên, les enquêtrices de Nui Thanh ; merci pour votre engagement et votre persévérance face aux difficultés rencontrées sur le terrain ;

Trần Thị Thanh ; merci pour ton affection et ta présence, merci à ta famille.

Mes remerciements s'adressent également à toutes les personnes que j'ai pu rencontré au Vietnam, avec qui j'ai travaillé, les professionnels de la santé, les unions de femmes, les mères de familles, les collaboratrices du Fasevie. Merci pour votre collaboration.

Merci à mes collègues de l'UMR Moisa et en particulier à Johny Egg pour ses conseils et son soutien, au personnel administratif Valérie Piazza, Isabelle Llorca, Marie-Thérèse Desnoyer, Ariel Meunier, Yvette Zouaoui et Maria-Elena Martin pour leur collaboration et disponibilité, à Christian et Cédric de l'unité informatique, à l'équipe dynamique et impliquée de documentalistes, Caroline Falize, Isabelle Perez, Laurent Garnier et Jean-Walter Shleich. Je remercie Danièle Mornet pour son aide, son immense soutien et son amitié. Merci à Magali Aubert ainsi qu'à Eric Wu pour leur aide au traitement des données. Merci aux collègues de l'UMR Lameta et en particulier à Robert Kast, Charles Figuières et Mabel Tidball pour leurs suggestions et contributions.

Merci à Pascale Morin de toujours m'accompagner et m'encourager dans toutes mes entreprises ainsi qu'à Edmond et Mireille Viricelle pour leurs chaleureuses attentions.

Je remercie les doctorants du département pour les moments partagés et leurs encouragements, en particulier Didier, Boukhalfa, Papa Nouhine, Zakary, Pierre-Yves, Idrissa, Souadou, Valérie, Dacian, Stefano, Laurence, Anthony, Elodie, Katrin ainsi que Christophe pour sa constante bonne humeur et Stéphane pour ses chaleureux encouragements. Un merci spécial à Perrine pour son aide considérable à la mise en page de la thèse et pour avoir pris soin de mon alimentation !

Je remercie enfin tous mes proches, ma famille, ma tantie « Annie » et mes très chers amis, Bertrand, Nathalie, David, Vincent, Camille, mes « voisins » Alain et Salah, Elisabeth, Juliette, Stéphane, Astrid, Lydie et Lucie, Serban, Marion, Anne, Florent, Tarun, Mabel, Magali, pour m'avoir soutenu et accompagné tout au long de cette expérience. Merci à mes sœurs de cœur, Halimat Cissé Grosdidier, Ramata Diallo Bocoum et Aminata Camara, à Moktar Camara ainsi qu'à mes amis et collègues de la Guinée que je salue chaleureusement. Merci à Luigi pour l'énergie communiquée, son soutien, son affection et sa présence. Je vous suis à tous et toutes d'une profonde reconnaissance et vous réitère toute ma sincère sympathie et amitié.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE : EMERGENCE DE NOUVELLES PROBLEMATIQUES NUTRITIONNELLES DANS LE MONDE……..…I

PLAN DE LA THESE……XV

PARTIE 1 : PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE.....1

Chapitre I : Introduction de la problématique générale de la recherche……..……...1
Introduction : Challenges actuels de recherche et question générale de la thèse……..……1
I. L'analyse des risques de santé selon le modèle "standard" "positiviste"……..……2
II. Décalages entre connaissance, préoccupations et pratiques des consommateurs : des voies d'explication……...15
III. La problématique générale de la recherche……...35

Chapitre II : La problématique spécifique au Vietnam……42
Introduction : Le *Doi Moi* ou politique "du renouveau"……..…42
I. Le Vietnam : un pays en transition économique et démographique……42
II. Le Vietnam : un pays en transition alimentaire……..…46
III. Le Vietnam : un pays en transition nutritionnelle……...54
IV. La politique nutritionnelle au Vietnam et la communication sur les risques nutritionnels……...73

Conclusion de la partie 1 : Les justifications de la problématique de thèse par rapport au contexte vietnamien……..……87

PARTIE 2 : LE CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL DE LA THESE 89

Chapitre 1 : Les risques en théorie et les cadres mobilisés pour l'étude de la perception des risques nutritionnels 89
Introduction 89
I. Conceptualisation et formalisation économique du risque et de la prise de décision selon la théorie de l'utilité espérée 90
II. Prolongements en sociologie et psychologie 96
III. La théorie du risque perçu en marketing : multidimensionnalité du risque et réducteurs du risque 113
IV. Prolongements des théories du risque perçu en psychologie et sociologie du risque..... 123
Conclusion du chapitre I : Apports des théories de la prise de décision et du risque pour comprendre la perception des risques nutritionnels..... 149

Chapitre 2 : Etat de l'art sur les modèles de comportement en psychologie sociale et cognitive à la base des modèles de communication 151
Introduction 151
I. Les modèles généraux du comportement..... 152
II. Les modèles de comportement spécifiques au domaine de la santé 180
Conclusion générale sur les modèles de comportement 201
III. Les modèles de communication 203
Conclusion du chapitre 2 : Apports et limites des modèles psychosociaux de comportement et de communication pour l'étude des liens entre connaissance, perception et pratiques 208

Chapitre 3: Le cadre conceptuel de la recherche 212
I. Cadre conceptuel pour l'étude de la perception du risque et de l'information..... 212
II. Cadre conceptuel pour l'étude des relations entre connaissance, perception du risque et comportement 217

CONCLUSION : Intérêts théorique, méthodologique et opérationnel de la recherche 223

PARTIE 3 : CONTEXTES ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....225

Chapitre 1 : Contextes institutionnels de la recherche et objectifs spécifiques à chaque zone d'étude (Hanoi, Quang Nam) 225
I. La province urbaine de Hanoi..... 225
II. La province rurale de Quang Nam..... 227

Chapitre 2 : Echelle d'analyse et élaboration des questionnaires 231
I. Les unités d'analyse : l'échelle individuelle 231
II. Le choix de la méthode de recueil des données 232
III. La construction des questionnaires suivant le paradigme de Churchill..... 234
IV. Echantillonnage, organisation et déroulement des enquêtes 261
V. Le traitement et l'analyse des résultats..... 270

PARTIE 4 : ANALYSE DES RESULSTATS ET TESTS DES HYPOTHESES..... 305

Chapitre 1 : Explication des décalages entre connaissance et pratiques (état nutritionnel) par l'étude des biais cognitifs et des raisons de non-suivi des recommandations..... 305
Section 1 : Les résultats à Hanoi..... 305
I. Description des échantillons (experts, mères) 305
II. Analyse de la connaissance des mères..... 313
III. Les pratiques de gestion des risques et les représentations liées à l'alimentation et la santé 321
IV. Mise en évidence de certains biais cognitifs 351
V. Les raisons de non conformité aux recommandations 371
Section 2 : Les résultats à Quang Nam (Nui Thanh)..... 394
I. Description des échantillons (experts, mères) 394
II. Analyse de la connaissance des mères de Nui Thanh..... 404
III. L'analyse des représentations et des pratiques de gestion du risque de malnutrition chez les jeunes enfants à Nui Thanh 411
IV. Mise en évidence de certains biais cognitifs 442
V. Les raisons du non suivi des recommandations sur la malnutrition 455

Chapitre 2 : Les limites du modèle économique d'évaluation des risques et son prolongement par le paradigme psychométrique.....468
I. Evaluation des risques alimentaires 468
II. Evaluation des risques nutritionnels 490
Conclusion du chapitre 2 494

Chapitre 3 : La perception des risques nutritionnels (malnutrition, obésité) et ses liens avec la connaissance, les pratiques et l'état nutritionnel des enfants 498
I. Résultats à Hanoi.....498
II. Résultats à Quang Nam 529

Discussion et conclusions sur les résultats 548

CONCLUSION FINALE 567

Bibliographie
Liste des tableaux
Liste des schémas
Liste des graphes
Liste des encadrés
Annexes
Sigles
Table des matières

INTRODUCTION GENERALE

Introduction générale : Emergence de nouvelles problématiques nutritionnelles dans le monde

Le processus de mondialisation amorcé ces dernières décennies s'est accompagné d'une libéralisation économique, de l'abaissement des barrières commerciales, de l'encouragement de la privatisation et des investissements directs étrangers. Ces changements ont impulsé une forte croissance économique en particulier dans les pays dits « en développement » (PED), qui s'est traduite dans la plupart des cas par une augmentation du pouvoir d'achat et de la solvabilité de la demande et une accumulation de capital des populations. Les projections d'ici à 2030 sont en faveur d'une poursuite de la croissance rapide du PIB par habitant dans tous les pays du monde (en moyenne de plus de 2% par an) surtout en Asie. Les PED, partant d'une base plus faible, devraient croître plus rapidement que la moyenne (environ 4% par an) *(Schmidhuber & Shetty, 2005).*

La libéralisation des échanges agricoles et alimentaires, l'évolution des modèles de production, l'industrialisation et la concentration des industries agro-alimentaires et de la grande distribution (émergence des supermarchés dans les PED, développement de l'industrie du fast-food) ont fait évoluer le paysage alimentaire. On vit aujourd'hui dans un contexte de diversité et d'abondance de l'offre alimentaire évoluant vers des produits importés, transformés, sophistiqués et pratiques. La diminution des prix « réels » des aliments permet à un nombre croissant de consommateurs des pays du sud d'avoir accès à un régime riche en calories, proche de celui des pays développés *(Schmidhuber & Shetty, 2005).*

- **Accélération de l'urbanisation et changement dans la structure de la population**

L'urbanisation a accompagné la mondialisation et l'évolution tend vers un équilibre de la population rurale-urbaine. Il y a eu ces 50 dernières années un doublement du pourcentage de la population mondiale vivant en zones urbaines. En l'an 2000, la population urbaine s'élevait à 2,9 milliards d'habitants et ce chiffre devrait atteindre 5 milliards d'ici 2030. Entre 1960 et 2000, la population urbaine dans les PED a doublé de 21% à 40% (*UN Population Division, 2003),* en Chine en particulier ; au moyen orient, en Amérique latine et en Océanie, l'urbanisation a été plus lente mais 65 à 75% de la population était urbaine en 2000. Globalement, presque toute la croissance de la population d'ici 2030 devrait être absorbée par les zones urbaines des pays en développement, avec cependant des différences régionales

importantes ; l'urbanisation sera lente dans certains pays développés et en transition, où la majorité de la population vit déjà en zones urbaines, mais accélérée en Afrique sub-saharienne et en Asie, où la population urbaine devrait croître à un taux de 5% par an. De plus, la part des personnes âgées de plus de 60 ans dans les PED devrait augmenter de 7% en 2000 à 20% en 2030, alors que la part des jeunes de moins de 15 ans est projetée déclinée de 33% à 21%. Une part plus importante de la population totale sera économiquement active et cette transition aura un impact sur la croissance du revenu et la consommation alimentaire *(Schmidhuber & Shetty, 2005).*

- **Globalisation du système de distribution alimentaire et émergence des supermarchés dans les pays en développement**

L'amélioration et l'augmentation des infrastructures (comme les systèmes de réfrigération) et des transports permettent une plus grande proximité avec les masses de consommateurs urbains, l'évolution des modes de commercialisation des aliments et la diffusion de chaînes de distribution étrangères. Dans beaucoup de pays en développement, les IDE dans l'industrie alimentaire, notamment dans les supermarchés et les restaurants de type « fast-food » ont été multipliés par 7 entre 1990 et 1998 (*Reardon & al., 2003*). Les supermarchés offrent une plus grande variété et qualité d'aliments et des prix compétitifs sur les produits à forte valeur ajoutée (*Regmi & Gehlar, 2001*). Ce phénomène est très rapide et plus un pays est urbanisé, plus ces changements s'étendent des larges centres urbains aux petites villes, comme c'est le cas en Chine (*Reardon & al., 2003*).

- **Evolution de la demande alimentaire et changement dans les modes de vie**

Les modèles de consommation, les goûts et les préférences sont influencés par ce changement d'environnement socio-culturel et par le marketing des mass médias (*Chopra & al., 2002 ; Lang, 1999 ; Evans & al., 2001*). Une des conséquences de l'urbanisation est une plus grande participation de la femme dans le travail et une évolution des préparations alimentaires traditionnelles (consommatrices de temps), vers des préparations précuites, pratiques ou vers les fast-foods et les snacks en dehors des repas. Différentes études dans les PED ont montré que comparativement aux ruraux, les régimes urbains tendent à inclure des niveaux supérieurs d'aliments gras, de produits animaux et laitiers, de sucre, d'aliments transformés, de plats prêts à consommer, de snacks, de restauration de rue et de type « fast-foods » (*Regmi & Gehlar, 2001*). Dans le temps, les migrants dans les zones urbaines tendent

à adopter les modèles de consommation urbains. En particulier pour les urbains pauvres, cela implique le passage de fruits frais, légumes, de pommes de terre et autres racines et tubercules à des régimes plus salés, sucrés et gras (*Smil, 2000*). Les contraintes de temps et de budget favorisent l'alimentation hors foyer et le passage de régimes riches en fibres, minéraux et vitamines vers des régimes riches en énergie, en matières grasses saturées et en cholestérol.

Par ailleurs, l'accès à des facilités de transport individuel ou collectif, l'évolution des formes de l'activité professionnelle notamment dans le secteur tertiaire (ce que Fischler nomme la « civilisation du bureau »), l'augmentation des loisirs passifs (comme la télévision) et des équipements informatiques à domicile ont fait évoluer les modes de vie des populations vers une sédentarité accrue et une réduction des dépenses caloriques (*Ferro-Luzzi & Martino, 1996*).

Finalement, la hausse du pouvoir d'achat des consommateurs, l'intégration croissante au marché international, les changements de pratiques de production et de commercialisation, la diminution des prix, l'urbanisation croissante et rapide ont opéré des mutations profondes dans les modes de vie des populations. La transformation des habitudes et modèles de consommation alimentaire, notamment en milieu urbain par l'accès accru à des aliments non traditionnels, a eu des répercussions importantes sur l'état de santé et de nutrition des populations.

- **La transition nutritionnelle à l'échelle mondiale**

Alors que ces mutations ont contribué au recul d'une grande partie des carences nutritionnelles observées il y a moins d'un siècle, les défis dans le domaine de la nutrition et la santé ne sont plus de même nature. On observe aujourd'hui l'émergence et/ou la croissance rapide dans le monde de la prévalence des maladies chroniques non transmissibles, comme les maladies cardio-vasculaires, certains cancers, le diabète non insulino-dépendant (type 2), certaines allergies, l'ostéoporose, l'hypertension et l'obésité (*Commission européenne, 2002 ; Maire & Delpeuch, 2001 ; Le Bihan & al., 2002 ; OMS & FAO, 2003*).

✓ Augmentation de la prévalence d'obésité : coûts économiques et sociaux

Ces dernières années, le nombre de cas de surcharge pondérale et d'obésité a augmenté très rapidement dans le monde parmi les adultes et les enfants (*OMS, 1998 ; IOTF, 2005*) et

l'obésité[1] représente aujourd'hui une véritable menace pour la santé de certains groupes, si bien que l'OMS parle d' « épidémie mondiale ». Au cours des cinq à dix prochaines années, l'obésité atteindra dans l'Union européenne le même niveau élevé de prévalence que celui observé actuellement aux États-Unis, où l'on estime que 30,9% de la population adulte est obèse et un tiers est atteint de surcharge pondérale (*Flegal & al., 1998 ; Mokdad & al., 2001 ; OCDE, 2004*). On observait déjà en 2002 22% d'adultes obèses en Angleterre et 9,4% en France et respectivement 20 et 19% d'enfants de 7 à 11 ans en surpoids (*OCDE, 2004 ; Lobstein & Frelut, 2003).*

Les responsables de la santé sont d'autant plus inquiets que l'obésité augmente les risques d'hypertension artérielle, de troubles respiratoires (asthme, apnée du sommeil), de diabète, de maladies cardio-vasculaires, de certains types de cancer (colon-rectum, rein, cancer du sein après la ménopause), d'arthrose et de stérilité *(Hoffman, 2001 ; Goldberg, 2003).* Il en résulte des coûts publics économiques et sociaux élevés.

En 2001, les maladies chroniques étaient à l'origine de 59% des 56,5 millions de décès dans le monde et de 46% de la charge mondiale de morbidité (*OMS & FAO, 2003*). L'OMS (*2004*) estime les coûts mondiaux de l'obésité à 7% des coûts de santé directs totaux (ne prend pas en compte les pertes de productivité et de salaires) (*Mazzocchi & Traill, 2005*). Les coûts totaux de santé attribuables à l'obésité s'élèvent à plus de 70 milliards aux USA (*Wickelgren, 2001) (*soit 10% des coûts de santé totaux *; Colditz, 1999*) et à environ 1,85 milliards d'euros en France (*Levy & al., 1995).* Ils sont supérieurs de 37% par rapport à des personnes ne souffrant pas d'obésité ou de surpoids *(Loureiro & Nayga, 2005).* Les études en Europe et aux EU montrent que l'obésité contribue à l'absentéisme et est négativement corrélée avec la productivité d'une personne et sa performance (*Seidell, 1998* ; *Wolf & Colditz, 1994, in : Hoffman, 2001).*

De plus, l'obésité ralentit la progression sociale, tant au niveau de l'éducation que du développement des carrières professionnelles (*Expertise collective Inserm, 2000*). Certains auteurs (*Allon, 1981 ; Sobal, 1991*) rapportent des attitudes négatives à l'égard des obèses qui peuvent se transformer en véritables discriminations. Ces attitudes ne sont pas seulement le fait de la société civile mais peuvent également être présentes au cœur même de l'appareil de santé (*Price & al., 1987 ; Myers & Rosen, 1999, in : Expertise collective Inserm, 2000*). Ces

[1] L'OMS définit l'obésité comme "une accumulation anormale ou excessive de graisses dans les tissus adipeux jusqu'à un degré tel que cela peut nuire à la santé" *(OMS, 1998*). Cette pathologie est due à un fonctionnement anormal du tissu adipeux, qui aboutit à des réserves énergétiques sous forme de triglycérides dans les adipocytes. Elle correspond chez les adultes à un Indice de Masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30 (kg/m²).

études mettent en évidence le déterminisme social de l'obésité et les coûts sociaux qui l'accompagnent.

✓ **L'obésité : des déterminants environnementaux et comportementaux**

L'obésité est aujourd'hui reconnue comme une maladie multifactorielle, dont les causes fondamentales (*OMS, 1998*) sont génétiques, des modes de vie sédentaires[2], des régimes alimentaires riches en matières grasses et à haute teneur énergétique. Des estimations à l'échelle de la population européenne ont montré que l'alimentation (dont une faible consommation de fruits et de légumes et une consommation élevée de graisses saturées) était un déterminant majeur des maladies chroniques non transmissibles, responsable dans près de 10% des cas d'incapacités et de décès prématurés. Associés au manque d'exercice physique (1,4%), ces facteurs expliquent une proportion des problèmes de santé plus importante que le tabagisme (9,0%) (*Commission européenne, 2002* ; *AICR, 1997*).

Dans de nombreux pays, l'augmentation de poids touche particulièrement les enfants et les adolescents. En 1995, selon l'OMS, 18 millions d'enfants de moins de 5 ans souffraient d'excès pondéral. La mise en évidence de prédispositions familiales et la corrélation positive entre l'obésité chez l'enfant et l'obésité à l'âge adulte[3] laissent prédire une croissance potentielle de l'obésité. Cependant, compte tenu de son rythme actuel de développement peu compatible avec des hypothèses selon lesquelles le poids de la génétique serait prépondérant, les spécialistes de cette pathologie considèrent les facteurs environnementaux et comportementaux comme déterminants dans son étiologie *(Aimez & al., 1972, in : Expertise collective Inserm, 2000 ; Hill & Peters, 1998).*

- **La transition nutritionnelle et alimentaire dans les pays en développement (PED)**

✓ **Une transition démographique, épidémiologique et nutritionnelle**

Si l'obésité touche encore essentiellement les pays industrialisés, elle devient une « pathologie » planétaire puisqu'on l'OMS estime à environ 300 millions le nombre d'individus adultes touchés en 2000 dans le monde (200 millions en 1995), dont 132 millions dans les pays développés et 170 millions dans les autres pays ; selon les prévisions de l'OMS,

[2] Des études menées en Grande Bretagne et en France montrent un lien entre le temps passé devant la télévision et l'obésité chez l'enfant. L'augmentation du temps accordé à des loisirs sédentaires est souvent lié à l'obésité (*CERIN, 2002).*

[3] 70% des obèses ont au moins un parent obèse mais cette prédisposition dépend du type d'alimentation, du contexte socio-culturel et du style de vie ; on estime que si les deux parents sont normaux ou maigres, le risque d'être obèse à l'âge adulte est inférieur à 10 %. Si l'un des parents est obèse, le risque s'élève à 40 % et si les deux le sont, à 80 %.

d'ici 2005, 300 millions de personnes seront affectés par un diabète de type 2 en conséquence de cette épidémie.

Comme dans les pays industrialisés, l'apparition des maladies chroniques dégénératives a été favorisée par les changements de régimes alimentaires dans les PED (*Maire & Delpeuch, 2001*). Elles sont dues à une **transition nutritionnelle vers des régimes à forte densité énergétique** et à une réduction de l'activité physique due aux changements des modes de vie.

Depuis les années 60, la disponibilité calorique (ou DES, *Dietary Energy Supply*) moyenne dans les PED a augmenté de 1950 à 2680 kcal/pers/jour et celle en protéines a presque doublé (de 40 à 70 g/pers/jour). D'ici 2030, la DES[4] devrait passer à 2980 kcal (*Schmidhuber & Shetty, 2005).*

La consommation de lipides, protéines et de sucres libres a augmenté au détriment des aliments riches en fibres, du fait du passage d'un régime alimentaire traditionnel reposant sur les céréales, haricots, racines et tubercules à une alimentation riche en produits d'origine animale (comme la viande, les œufs et les produits laitiers), en sucre (dont boissons gazeuses), sel et matières grasses. L'accès facile à des matières grasses peu onéreuses a joué un rôle prépondérant en raison de développement de graines oléagineuses à hauts rendements et de la généralisation de la production industrielle, qui réduisent les coûts de la margarine, des pâtes à tartiner, du beurre et des huiles (*Williams, 1984*). Ainsi, la consommation d'huile par personne dans le monde a été multipliée par 4 ces 40 dernières années (*Maire & Delpeuch, 2001).*

Les bénéfices de ces produits (par exemple viande riche en micronutriments et protéines) diminuent rapidement quand les niveaux de revenus augmentent et que les besoins sont remplis. Une consommation accrue de viande rouge tend à augmenter le risque de certains cancers et les consommations accrues d'acides gras saturés et de cholestérol à partir de la viande, des produits laitiers et des oeufs augmentent le risque de maladies cardio-vasculaires *(Schmidhuber & Shetty, 2005).* Les effets adverses liés à la composition des régimes augmentent beaucoup plus rapidement que les effets bénéfiques (*Popkin, 2004*).

Dans les PED, l'obésité touche davantage les femmes que les hommes (*Le Bihan & al., 2002 ; Martorell & al., 2000)* et la prévalence est plus importante en milieu urbain mais évolue significativement en milieu rural (*Maire & Delpeuch, 2000* ; *Mendez & al., 2005 ; Popkin, 2004).*

[4] La DES devrait augmenter de 2800 à 3050 Kcal/pers/an entre 2005 et 2030 dans les pays développés.

La **transition nutritionnelle** par laquelle passent actuellement un certain nombre de PED est une facette de la **transition démographique** (*McKeown, 1976)* et **épidémiologique** (*Omran, 1971)* plus générale qui accompagne le développement et l'urbanisation (*Mendez & Popkin, 2004*). Cette transition nutritionnelle, qui a d'abord été observée au Japon puis en Amérique latine, s'étend aux autres pays asiatiques (Corée, Chine, Thaïlande) et à l'Afrique (du nord et de l'ouest) *(Maire & Delpeuch, 2000).*

Dans le premier stade de transition épidémiologique (cf. annexe A), baptisé « le temps des épidémies et des famines », les principales causes de mortalité sont les maladies infectieuses, parasitaires et par carences. L'espérance de vie est basse et la mortalité infantile très élevée.

Durant la seconde étape dénommée de « transition », ces premières causes de mortalité régressent en même temps qu'apparaissent des maladies de dégénérescence. L'espérance de vie augmente.

Au cours de la troisième phase dite « d'installation des maladies de dégénératives », on constate une quasi-disparition de la mortalité par infections et les maladies létales deviennent la première cause de mortalité. L'espérance de vie augmente encore et la population se développe, notamment, par accroissement des tranches d'âge les plus élevées.

La transition épidémiologique est donc marquée par un passage de déficiences endémiques et de maladies infectieuses vers des maladies chroniques comme l'obésité. Aux stades plus avancés de la transition émergent les maladies cardio-vasculaires, qui deviennent la première cause primaire de mortalité. Plus les revenus continuent d'augmenter et plus le nombre de morts par divers cancers augmentent en importance absolue et relative.

Picheral (*1989*) a proposé de compléter ce modèle par une quatrième phase qu'il nomme celle du « tassement des maladies chroniques » comme causes de mortalité. Elle correspondrait à un certain « apprivoisement » des maladies chroniques, à un apprentissage à vivre avec elles qui prolongerait l'espérance de vie. L'information nutritionnelle, le développement des connaissances diététiques et leur diffusion ont pu participer à cet apprentissage et à la prévention des maladies dégénératives (*Poulain, 1998*).

L'obésité pourrait être rangée au titre des sociopathies caractéristiques de la phase cinq, caractérisée par une situation de pléthore alimentaire (*Drulhe, 1996*). Elle serait la conséquence d'une série de transformations des pratiques alimentaires et de l'environnement social de l'alimentation.

Cette transition s'accompagne de l'évolution des valorisations du gros et du mince dans le temps et dans l'espace (*De Garine, 1996*). Dans les cultures occidentales, le modèle d'esthétique corporelle s'est transformé d'une image de la femme mince à l'embonpoint voire l'obésité, qui sont devenues des signes de richesse et de succès (*Hubert, 1997 ; Phan & Flandrin, 1984*). Aujourd'hui, la grosseur est regardée comme inesthétique, mais aussi comme « moralement incorrect » attestant d'une perte de « self control ». L'imagerie du gros est mobilisée pour dénoncer le capitalisme exploitant les ouvriers ou les pays du Nord sur-alimentés qui affament les pays du Sud, à travers les organisations économiques coloniales ou post coloniales. Il existe une frontière au-delà de laquelle la figure positive de l'obésité se transforme et où le gros devient celui qui ne respecte plus les règles sociales, celui qui mange plus que sa part. Le seuil socialement défini de l'obésité s'est abaissé (*Fischler, 1990).* L'obésité est aujourd'hui à l'origine de processus de sélection sociale, qui s'opèrent par la stigmatisation des personnes obèses à partir de valeurs culturelles associées à l'esthétique corporelle. Bien que l'embonpoint ait été à l'origine de valorisation sociale, sa perception a évolué en Occident vers une discrimination négative du « gros » (*Poulain, 1998*). Puis, on est passé d'une condamnation morale de l'obésité à sa médicalisation. Cette substitution des causes morales de dévalorisation du surpoids par des raisons médicales considérant l'obèse comme « malade » risque de participer à la légitimation de phénomène de stigmatisation (*Van Italie & Simopoulos, 1982, in : expertise collective Inserm, 2000*).

Cette grille de lecture de la transition nutritionnelle ne relate cependant pas les processus de différenciation sociale (*Poulain, 1998*) et les inégalités sociales.

✓ Inégalités croissantes et persistance de la faim et des malnutritions par carences

Bien que les progrès réalisés, la croissance économique et l'augmentation des revenus aient permis l'amélioration de la sécurité alimentaire et la réduction de la prévalence de maladies infectieuses et de la malnutrition par carences, ils n'ont pas profité de manière équitable à tous les pays ni à toutes les régions. Ces bénéfices sont limités à un petit nombre de pays et différentes études montrent que la mondialisation a un faible impact sur la réduction de la pauvreté dans certains pays (*Cook & Kirkpatrick, 1997 ; Cornia, 2001*). On observe des décalages accrus entre pays riches et pauvres et des inégalités croissantes et considérables entre groupes de la population (*Cornia, 2001*).

Bien que la prévalence de la malnutrition[5] ait globalement diminué de 37% (1970) à 17% (2000)[6], 852 millions de personnes vivent encore dans l'insécurité alimentaire dans le monde et souffrent chroniquement de sous-alimentation (*FAO & SOFI, 2004*), ce qui est souvent le résultat de conditions locales adverses, comme la pauvreté, le manque d'accès à l'alimentation et à l'eau, les guerres civiles *(Schmidhuber & Shetty, 2005)*. Dans certains pays, du fait que la population urbaine surpasse la population rurale, le nombre de personnes vivant dans la pauvreté devient plus élevé en milieu urbain que rural (*Haddad & al., 1999*). L'urbanisation pose un défi majeur à la gestion des problèmes croissants de l'insécurité alimentaire et de la malnutrition des ménages dans les villes. C'est ce que les Nations Unies ont nommé l'« urbanisation de la pauvreté ». La migration en villes de personnes confrontées aux problèmes de chômage, de logement, d'éducation et santé, n'ayant pas les moyens de se procurer de la nourriture, vivant dans des conditions insalubres, sans eau potable, a de graves répercussions sur leur santé et leur état nutritionnel.

La faim et la malnutrition restent problématiques dans de nombreux pays du monde. Même si les taux de mortalité infantile ont diminué dans les PED, les malnutritions protéino-énergétique et en micronutriments (carences en fer et en vitamine A) sont est encore très répandues surtout chez les enfants et les femmes enceintes ou qui allaitent.

La malnutrition a de graves conséquences sur le développement et le bien-être humains. Les carences en certains micronutriments sont associées à des troubles cliniques et biochimiques majeurs. La carence en vitamine A peut causer la xérophtalmie, la carence en iode le goitre et le crétinisme, la carence en fer l'anémie, etc. La malnutrition et le retard de croissance chez les enfants sont associés à une activité physique réduite, une plus faible résistance aux infections, des troubles du développement intellectuel et des capacités cognitives, une mortalité et morbidité accrues. De plus, ces problèmes de malnutrition interagissent de façon complexe avec différentes infections (diarrhées, maladies respiratoires, parasitismes intestinaux), le paludisme, et le SIDA, ayant de graves répercussions de santé et de nutrition. La pauvreté est la première cause de malnutrition (*OMS, 2003 ; Hoffman, 2001*), ne donnant pas accès à une alimentation adéquate, à l'eau potable, aux services sanitaires de base et à l'éducation.

---

[5] A la fin des années 90, la prévalence de la malnutrition a diminué en dessous de 10% dans toutes les régions du monde excepté en Afrique sub-saharienne et dans quelques pays d'Asie du sud (*Bruinsma, 2003*).

[6] La malnutrition infantile (chez les enfants de moins de 5 ans) a été réduite de 32 à 28% entre 1990 et 2000 dans les PED (*Unicef, 2001*).

✓ **Coexistence des malnutritions par carences et pléthore : risques accrus dans les PED**

Cependant, dans les sociétés du Sud où les revenus sont inégalement distribués, la faim et les malnutritions par carences qui continuent de représenter une menace importante pour la santé des populations, coexistent avec des maladies chroniques dégénératives. Même dans beaucoup de pays pauvres où la malnutrition persiste et reste un problème significatif, on trouve de fortes prévalences de surpoids même en milieu rural. Mendez & al. (*2005)* ont montré que le surpoids se rencontre tant en milieu urbain que rural et dépasse la malnutrition dans beaucoup de PED ; dans les 36 PED étudiés, les prévalences de surpoids chez les femmes résidant en milieux urbains et ruraux sont plus élevées que celles de sous-poids. Les ratios médians de surpoids/sous-poids étaient de 5,8 en milieu urbain et 2,1 en milieu rural. Ce phénomène touche en particulier les pays ayant un développement socio-économique supérieur et les plus hauts taux d'urbanisation (*Popkin, 2004*).

Il n'est ainsi pas rare de constater au sein d'une même famille la cohabitation d'enfants souffrant de carences alimentaires et d'un adulte atteint de surcharge pondérale (*Maire & Delpeuch, 2000 -en Afrique de l'Ouest- ; Sawaya & al., 2003 -au Brésil-*). En Asie, 3 à 15% des ménages comprennent à la fois un individu en sous-poids et en surpoids, ou un enfant en sous-poids et un adulte en surpoids (*Popkin, 2004).*

Cette situation rend la gestion des problèmes nutritionnels très complexe et est d'autant plus préoccupante dans **les PED** que ces pays possèdent des **facteurs de risque qui leur sont spécifiques,** comme une transition plus rapide, leur prédisposition phénotypique et génotypique vis à vis de l'obésité et des MNTA[7] et le manque de systèmes de santé adéquats.

Il existe de nombreuses évidences qu'une transition rapide d'un contexte de famine/faim et de sous-nutrition à un contexte d'affluence alimentaire et de sur-nutrition conduit à une **prédisposition phénotypique** à l'obésité et aux MNTA *(Schmidhuber & Shetty, 2005).*

L'hypothèse la plus acceptée est celle de Barker (the « Barker Hypothesis ») qui repose sur l'idée de l'existence d'une prédisposition phénotypique **inter-générationnelle**. Elle postule que la faim et la sous-nutrition à certains stades de la grossesse résultant en un retard de croissance intra-utérine, « programme » les tissus fœtaux (*Foetal programming)* de manière à ce que l'énergie alimentaire dans la vie adulte soit utilisée plus efficacement. Ainsi,

[7] Maladies Non Transmissibles liées à l'Alimentation.

les enfants avec un faible poids à la naissance (*Low Birth Weight*) possèderaient un phénotype économe *(the thrifty phenotype)* qui les prédisposeraient à l'obésité, aux maladies cardio-vasculaires et au diabète de type 2 dans leur vie adulte (*Barker, 1994 ; Susser & Stein, 1994 ; Hales & Barker ; 2001 ; Barker, 2003).* Ainsi, la faim et la sous-nutrition programmeraient la génération future à développer un métabolisme énergétique efficace, augmentant leur propension à développer l'obésité et les MNTA qui lui sont liées.

D'autres chercheurs ont rapporté l'existence potentielle d'une **prédisposition phénotypique intra-générationnelle** et d'un lien de causalité entre la malnutrition dans l'enfance et le risque accru de développement de l'obésité à l'âge adulte.

Le retard de croissance chez l'enfant a été associé à l'obésité dans la vie future dans certains pays en transition, comme en Chine, en Afrique du Sud, au Brésil et en Russie (*Popkin & al., 1996*). Schroeder & al. (*1999*) ont observé que les adolescents qui avaient des retards de croissance étaient plus susceptibles d'être en surpoids par rapport à des enfants en bon état nutritionnel.

Les mécanismes potentiellement en jeu seraient liés à une altération du métabolisme adulte des acides gras après un retard de croissance pendant l'enfance. Quand la croissance en taille de l'enfant est affectée par la malnutrition, la composition du corps se trouve altérée du fait d'une réduction des dépenses énergétiques de base voire aussi d'une réduction des coûts énergétiques de l'activité physique. Cela augmenterait la quantité de matières grasses corporelles et leur dépôt intra-abdominal (*Ashworth, 1969 ; Fjeld & al., 1989*), favorisant le développement des adipocytes à l'âge adulte. Il existerait des effets de long-terme de la sous-nutrition pendant l'enfance sur la dépense énergétique, l'oxydation des matières grasses et la régulation de la consommation alimentaire (dont une perturbation du contrôle de la satiété) (*Sawaya & al., 2003*).

A côté de cette prédisposition phénotypique, la **prédisposition génétique** serait un élément important d'explication de l'existence de niveaux supérieurs de risque de MNTA dans certains groupes ethniques à ceux observés dans la population totale.

Au cours des millénaires, l'exposition à des périodes d'alternance de famines et d'abondance aurait engendré une sélection des individus les plus résistants. L'hypothèse du « génotype économe » formulée par Neel (*1962, 1982)* (ou *thrifty genotype hypothesis*) repose sur le développement d'un génotype diabétique favorisant l'utilisation efficace des aliments.

Les fortes prévalences de diabète non-insulino-dépendant[8] et d'obésité observées aujourd'hui, en particulier dans certaines ethnies (aborigènes d'Australie, insulaires de Nauru et de Samoa), représenteraient une adaptation déterminée génétiquement aux changements de modes de vie (*Valencia & al., 1999*).

D'autres variations ethniques dans le risque aux MNTA ont été retrouvées dans les populations migrantes par rapport aux populations indigènes ; par exemple chez les populations japonaises immigrées à Hawai et en Californie, on a retrouvé des taux de mortalité beaucoup plus faibles du cancer de l'estomac que les résidents japonais au Japon (*Kolonel & al., 1980*). De telles variations ont été notées également au sein d'un même pays entre population rurale et urbaine ; par exemple au Kenya, on a observé des taux d'hypertension plus importants chez les individus de la tribu Luo ayant migré de la campagne à Nairobi que chez les urbains. La transition environnementale caractérisée par des changements de régimes et de styles de vie serait responsable du développement de l'hypertension (*Poulter & al., 1990*).

Par ailleurs, la vulnérabilité accrue des populations des PED aux maladies aurait une origine dans les relations entre les infections, les déséquilibres alimentaires et les maladies chroniques.

Mendall & al. (*1995*) suggèrent qu'une expérience précoce d'infections chroniques bactériennes (comme la pneumonie) pendant l'enfance peut influencer le risque de maladies cardiaques. Certains marqueurs inflammatoires provoquant un dysfonctionnement endothélial prédisposeraient aux maladies cardio-vasculaires.

De plus, des travaux épidémiologiques et expérimentaux chez l'homme et l'animal ont montré que certains micronutriments étaient impliqués dans des fonctions métaboliques majeures et dans le déterminisme de certains processus pathologiques comme les cancers et les maladies cardio-vasculaires. De faibles apports en vitamine A et/ou rétinoïdes pourraient accroître le risque de survenue de certains cancers épithéliaux, en particulier des bronches et des poumons ; des apports limités en vitamine C constitueraient un facteur de risque de cardiopathies ischémiques et de faibles niveaux de réserves en folates ont été impliqués dans le développement de malformations congénitales chez le fœtus (*Hercberg, 1991)*. Une faible consommation et qualité nutritionnelle des régimes en certains micronutriments antioxydants augmenteraient les risques de maladies cardio-vasculaires et de certains cancers (*Evans & al., 1997*).

[8] NIDDM : Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus

En conclusion, certains facteurs laissent à penser que les PED risquent d'être plus affectés que les pays occidentaux par les MNTA dans les années à venir. L'exposition aux carences et aux maladies infectieuses à répétition pendant les étapes critiques de la croissance de l'enfant (notamment au stade fœtal et à la prime enfance) augmenterait la vulnérabilité aux MNTA à l'âge adulte, comme l'obésité et les maladies cardiaques, si l'individu a accès à des régimes abondants et riches en graisses. Cela pourrait expliquer la rapide augmentation de la prévalence de l'obésité dans ces pays qui ont expérimenté une rapide transition de pauvreté et de faim vers une abondance et une disponibilité alimentaire croissante (région du pacifique sud, Brésil, Chine, beaucoup de pays des régions nord-africaine et est-africaine).

D'où l'inquiétude croissante affichée par les pouvoirs publics face à ces nouvelles maladies. Les conséquences de ces liens peuvent être dramatiques surtout dans les PED à revenus moyens *(Schmidhuber & Shetty, 2005).*

De plus, les conséquences peuvent être graves du fait de l'insuffisance des services de santé et d'infrastructures adéquates, du manque d'accès aux soins et de l'absence de traitements médicaux permettant la gestion et le traitement de ces maladies chroniques. On parle de la sortie de ces pays de la « pauvreté alimentaire » (« food poverty ») et de leur entrée dans la « pauvreté de la santé » (« health poverty ») *(Schmidhuber & Shetty, 2005).*

Conclusion : une gestion des risques nutritionnels complexe

La mondialisation et l'urbanisation ont eu des effets sur les modèles de consommation et la santé des populations. Bien que ses retombées favorables en termes de politiques macroéconomiques, d'infrastructures de santé, de développement humain pour quelques pays soient reconnues, l'intégration économique internationale a amené à une inégalité croissante entre les pays pauvres et riches, entre les personnes au sein d'un même pays. Elle créée une grande instabilité des marchés en particulier dans les pays à moyens revenus, comme en attestent les crises économiques (exemple de la crise asiatique) ; elle a amené à l'accroissement du chômage et de l'insécurité du travail, à des inégalités de revenus, à une érosion de la cohésion sociale et à des effets adverses et indirects sur la santé et la nutrition notamment des enfants (*Dollar, 2001*).

Parallèlement à la réduction significative de la malnutrition par carences, on observe une **rapide évolution dans le monde de l'obésité**, qui reflète de profonds changements sociaux, économiques, et culturels. L'obésité n'est plus un problème spécifique aux pays les plus développés et les plus riches. Même si son évolution reste encore limitée dans certaines

régions comme en Afrique ou en Asie, elle est devenue un problème mondial, touchant tous les âges et tous les groupes socio-économiques, si bien que l'OMS parle de « globesity ».

Dans les sociétés en développement, quel que soit le sexe, la corrélation entre obésité et statut économique serait positive. Chez les enfants et adolescents, l'obésité serait distribuée de la même manière sur le haut de l'échelle sociale, alors qu'on assiste à une relative indépendance de l'obésité et des statuts socio-économiques pour les enfants dans les pays développés (*Expertise collective Inserm, 2000*).

Cependant, dans une étude en Asie, Popkin (*2004*) montre que l'obésité n'est pas corrélée aux revenus et que c'est un problème urbain des pauvres comme des riches. Monteiro & al. (*2004*), Mendez & al. (*2005*) rapportent aussi que l'évolution de l'obésité est observée dans les groupes à faibles revenus dans certains PED. Mendez & al. *(2005*) ont observé que dans les PED au développement économique supérieur, le surpoids chez les femmes de plus faibles statuts économiques était élevé à la fois en milieux urbains et ruraux. Maire & Delpeuch *(2000)* relatent qu'alors que la prévalence de la malnutrition a diminué d'autant plus vite que les revenus des familles étaient élevés, l'augmentation de l'obésité a été la plus rapide dans les familles à revenus intermédiaires, puis dans les familles à revenus plus faibles, en Afrique du nord et de l'Ouest.

Ainsi, si l'augmentation de la prévalence de surpoids a surtout été spectaculaire chez les populations les plus riches des PED, elle tendrait à se diffuser à **tous les statuts socio-économiques**, comme ce qui a été observé dans certains occidentaux (Etats-Unis, France).

La gestion des problèmes nutritionnels est d'autant plus complexe dans les PED qui doivent aujourd'hui faire face à la coexistence entre maladies infectieuses, malnutrition par carences et maladies chroniques liées à l'obésité. Ces pays se trouvent ainsi en prise avec ce que l'on a appelé le double fardeau **de la « sous-nutrition » et de la « sur-nutrition »** *(double burden of malnutrition*). Le monde en développement semble confronté à une situation nutritionnelle potentiellement grave, car la croissance des MNTA risque d'y être plus rapide que dans les pays développés, du fait d'une urbanisation accélérée et des relations étroites entre malnutrition par carences et maladies chroniques.

De plus, la prise en charge de l'obésité et des maladies apparentées dans les PED pose problème, du fait du manque d'infrastructures et de services de santé et des coûts financiers et sociaux qui lui sont liés.

L'importance des problèmes de malnutrition dans le monde et les enjeux sociaux et économiques qui en découlent justifie que l'on s'intéresse à ce sujet.

Plan de la thèse

La thèse se structure en quatre parties.

La première partie développe la problématique générale de la recherche, qui conduit à définir les questions de recherche et à poser les postulats et hypothèses générales de la thèse. Nous présentons dans un deuxième temps la problématique spécifique au Vietnam, où a été réalisé le travail empirique, en montrant les transitions économique, alimentaire et nutritionnelle que traversent ce pays.

S'inscrivant dans une démarche hypothético-déductive, la deuxième partie de la thèse passe en revue les cadres théoriques et conceptuels mobilisés pour la recherche (économie, sociologie et psychologie du risque, modèles de comportement en psychologie socio-cognitive). Cette synthèse nous conduit à élaborer le cadre conceptuel de l'étude et à définir les construits. Les hypothèses et intérêts spécifiques de la recherche sont précisés.

La troisième partie de la thèse détaille les cadres institutionnels et la méthodologie du travail dans les deux zones d'étude (provinces de Hanoi et de Quang Nam).

Dans la dernière partie, nous exposons et analysons les résultats par zone d'étude. Une discussion sur les résultats obtenus est proposée.

La conclusion générale reprend les apports, les implications et les limites de la recherche et propose des pistes de réflexions et des perspectives de recherche.

PARTIE 1
PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE

PARTIE 1 : PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE

Le premier chapitre introduit la problématique générale de la thèse. Il nous conduit à expliciter les questions de recherche, les postulats et les approches théoriques pertinentes. Le deuxième chapitre expose la problématique spécifique au contexte vietnamien, où ont été réalisées les études empiriques.

Chapitre I : Introduction de la problématique générale de la recherche

Après avoir présenté les challenges actuels de recherche sur les questions de santé et l'objectif général de la thèse, nous explicitons dans un premier temps pourquoi se justifie une approche centrée sur l'analyse du risque. Nous détaillons le modèle standard d'analyse des risques de santé et les phases d'évaluation, de gestion et de communication sur les risques. Nous démontrons ensuite qu'il existe des décalages entre la connaissance des recommandations nutritionnelles et les pratiques alimentaires et explorons quelques voies d'explication. Nous présentons finalement notre positionnement théorique et épistémologique.

INTRODUCTION : CHALLENGES ACTUELS DE RECHERCHE ET QUESTION GENERALE DE LA THESE

Par le passé, les questions de santé et de développement étaient conçues comme des problèmes d'accès à l'alimentation et de sélection naturelle. L'approche privilégiée était surtout biomédicale. L'évolution et les gains obtenus à partir du marché ont favorisé un large accès à l'alimentation et un déclin de l'efficacité biologique (*nurture versus nature*) *(Shogren, 2005)*. Le rôle d'intervention du gouvernement est relié classiquement à la notion de défaillance de marché « market failure » (information imparfaite, externalités, coûts externes de soins de santé, etc.), se traduisant par une réglementation plus poussée des lieux d'expositions aux facteurs de risque et des interventions de promotion de la santé (communication, éducation). Plus récemment, devant l'évidence que les individus ne sont pas rationnels au sens économique du terme, le motif d'intervention du gouvernement a évolué vers la correction de la perte de bien-être liée à un tel comportement jugé « irrationnel »

(Aronsson & Thunström, 2005). Les challenges actuels sont de comprendre les anomalies de la théorie du choix rationnel qui guide l'alimentation et la santé, le degré de complexité de la fonction d'utilité, le gap *ex-post* entre le choix rationnel et le comportement observé et le gap *ex-ante* en étudiant l'environnement institutionnel, contextuel, le manque de cadre incitatif. Cela conduit à intégrer les méthodes, les modèles et les façons de pensées *(Shogren, 2005).*

Cette thèse a pour objectif général de contribuer à l'étude du comportement et de la rationalité individuels. L'objectif central est de comprendre les décalages existants entre la connaissance des recommandations nutritionnelles (choix rationnel) et leurs mises en œuvre.

I. L'ANALYSE DES RISQUES DE SANTE SELON LE MODELE « STANDARD » « POSITIVISTE »

Introduction : Justifications d'une analyse centrée sur le risque

- **Le risque comme enjeu politique**

Le risque s'est progressivement imposé comme une entrée pertinente pour comprendre les sociétés contemporaines et les défis auxquelles elles doivent faire face. Beck annonçait l'émergence d'une « société du risque[1] » en montrant que dans les sociétés « industrielles », « la production sociale de richesses est systématiquement corrélée à la production sociale de risques » *(Beck, 1986, 1992).* Ces risques contemporains ne viennent pas seulement de l'extérieur (catastrophes naturelles) mais ont été supplantés par les risques engendrés par la société elle-même, du fait notamment du déclin de la tradition au profit d'une emprise croissante du progrès technique. Le risque est devenu endogène aux sociétés contemporaines. Dans la perspective de Beck, on pourrait assimiler l'obésité à ces risques nouveaux créés par la société, qui ne menacent plus seulement l'individu mais toute la société.

La question de la perception des risques est apparue comme un problème politique majeur depuis la « crise du risque » dans les années 1980 concernant des risques incertains, comme les risques sanitaires notamment liés aux technologies. Dans le contexte des crises alimentaires qui se sont succédés dans le monde (vache folle BSE/vCJD, maïs transgénique, poulet à la dioxine, listériose, légionellose, grippe aviaire en Asie, etc.), les peurs liées à l'alimentation et les préoccupations pour la santé et la nutrition se sont exacerbées (*Lamb &*

[1] Ce concept de société du risque désigne une phase de développement de la société moderne (société industrielle) dans laquelle les risques sociaux, politiques, économiques et individuels tendent progressivement à échapper aux institutions en termes de gestion et de protection.

Ozanne, 2000), se traduisant par la non-acceptabilité de défaillances en matière de sécurité. En cette ère d'avancées technologiques et médicales, la société est devenue plus sure, les techniques de contrôle sont de plus en plus performantes, les dangers n'ont pas augmenté objectivement voire ont diminué dans les pays industrialisés, l'espérance de vie a augmenté, etc. Or, il semblerait que l'inquiétude sociale augmente à mesure que les risques sanitaires s'amenuisent ; ce paradoxe a été soulevé et analysé par Tocqueville et Durkheim (*Cochoy, 2001*).

Ces croyances en la science et en le progrès, mesuré par la capacité de l'homme à contrôler son environnement, se traduisent par l'impossibilité du risque zéro et l'évidence de son caractère irréductible. Reconnaissant leur nécessaire intégration dans la gestion, les risques sont progressivement devenus objets de politiques et aléas à gérer. Le passage à la gestion des risques implique l'intrusion du politique dans un domaine jusque là réservé aux scientifiques (*Peretti-Watel, 1999*).

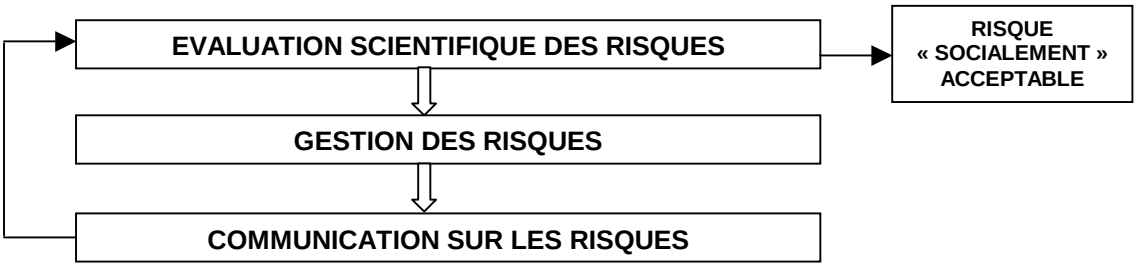
- **La démarche standard d'analyse des risques de santé**

Dans les domaines de la nutrition et de la santé, l'intervention des pouvoirs publics est légitimée du fait des caractéristiques de l'objet « santé », à la fois objet d'expérience (à long terme) et de croyance (« effets cachés »). L'objectif de l'analyse des risques, dans un pays démocratique, est alors de permettre aux citoyens de vivre dans une société où,

- d'une part, les risques qui les préoccupent sont perçus, reconnus et effectivement réduits par les décideurs à un « niveau socialement acceptable » ;
- d'autre part, les risques qu'ils ne perçoivent pas font l'objet d'une vigilance efficace permettant de les détecter et d'alerter les citoyens suffisamment tôt (*Chevassus-au-Louis, 2000*).

Dans les années 1950 a émergé un système d'analyse des risques dans les pays développés (*Chevassus-au-Louis, 2000*), dont la démarche « standard » repose sur trois phases distinctes : **l'évaluation, la gestion des risques et la communication sur les risques** (cf. schéma 1). Il a été étendu à l'analyse des risques de santé dans les années 70 *(OMS, 2002).* Les stratégies de gestion des risques de santé, comme les interventions préventives à visée éducative et la communication sur les risques alimentaires et nutritionnels, sont ainsi élaborées sur la base de données issues de l'évaluation et l'expertise scientifiques, selon le principe de prévention des risques avérés.

Schéma 1 : Le modèle « standard » d'analyse des risques



1. L'évaluation du risque

1.1. Conception probabiliste du risque et dénomination de « groupes à risque » déviants

Dans les domaines des risques de santé liés à l'alimentation, les objectifs de l'évaluation sont d'identifier et d'apprécier objectivement les risques, d'étudier les facteurs de risques associés à l'apparition de différentes maladies à partir d'informations sur le mode de vie et de données biologiques, de définir les risques « acceptables » pour la société. Elle est réalisée par des spécialistes en épidémiologie, nutrition, médecine, économie, sciences sociales, etc.

La mise en place de systèmes de surveillance alimentaire et nutritionnelle au niveau de la population permet l'identification et la caractérisation des risques, le dépistage des troubles nutritionnels ; elle contribue à donner des indicateurs sur l'état de santé des groupes de la population (relevés anthropométriques), sur les maladies et les déterminants de la santé, les facteurs liés au mode de vie et aux conditions de vie et de travail. Cette veille a aussi en théorie un rôle dans l'évaluation des actions de promotion de la santé et de prévention des maladies et de leurs résultats, mais cette étape est bien souvent insuffisante voire occultée (*Calvez, 2004*).

L'évaluation des risques s'opère rarement au cas par cas et ne considère généralement que des dangers avérés, ie ceux dont les liens de causalité avec des effets négatifs sont scientifiquement examinés, démontrés et admis par l'ensemble de la communauté scientifique de façon plus ou moins consensuelle.

Pour déterminer les risques associés à la consommation d'un produit ou à un comportement, les scénarios causaux sont modélisés à partir de la théorie de la décision en situation risquée, qui décompose le risque en 3 éléments de base :

- la probabilité statistique d'occurrence de conséquences négatives, probabilité que l'évènement aura lieu dans une période de temps spécifique ;

- l'incertitude sur les conséquences à plus ou moins long terme (incertitude statistique, ignorance) ;
- la gravité, importance de la perte, étendue du dommage occasionné.

L'évaluation des risques alimentaires repose donc sur une conception probabiliste du risque avec des problèmes d'optimisation : minimisation des dommages et maximisation de l'utilité, qui définit une relation de préférences entre différents états de santé possibles.

Les statistiques sont fortement mobilisées pour l'identification des problèmes de santé publique, en particulier pour établir la relation entre l'exposition à des « facteurs de risque »[2] et l'incidence de maladies[3]. Le risque est une notion mathématique et la mesure du risque est très liée à la mesure de son incidence dans des populations (*Abenhaim, 1999*). Le risque est utilisé pour classer les individus selon leurs caractéristiques et performances. Il permet la mesure de l'exposition de la population générale et la définition des groupes à risque. Le risque moyen (fréquence d'occurrence calculée à l'échelle de la population) est considéré comme norme. La « déviance », statistiquement définie comme un écart significatif à la moyenne observée sur l'ensemble de la population, permet de désigner des « groupes à risques » au sein de la population (*Becker, 1985*). Un groupe à risque est défini objectivement par un calcul statistique qui établit que la maladie est plus fréquente au sein d'une sous-population donnée (par exemple les toxicomanes, les homosexuels dans le cas du Sida); d'autre part, ce groupe à risque définit des victimes privilégiées de la maladie. Le risque devient alors source d'anormalité, d'inadaptation et l'individu qui s'écarte de la normalité devient un risque lui-même (coûts pour la collectivité). Les individus n'étant généralement pas égaux devant un risque donné, la population est divisée en sous-groupes homogènes, selon des niveaux graduels d'exposition au risque : on définit ainsi des « comportements à risque » (*Peretti-Watel, 2000*).

1.2. Priorisation des risques selon une analyse coûts-bénéfices pour la santé : estimation de la valeur de la vie humaine

Une analyse des coûts et bénéfices pour la société permet de quantifier et de mesurer objectivement les différents risques afin de définir les niveaux de « risques socialement acceptables » et de les hiérarchiser. L'évaluation porte sur les coûts et bénéfices probables, directs ou indirects des risques sur l'ordre économique et social. Elle intègre l'évaluation

[2] La notion de « facteur de risque » admet que, même en l'absence de l'identification d'une cause nécessaire et suffisante, l'on est en mesure de nommer des déterminants des maladies au niveau des populations, sur lesquels il est possible d'agir. C'est ce qu'on appelle la « boite noire », terme qui admet que l'on ne sache pas comment un risque se réalise pour admettre qu'il existe (*Abenhaim, 1999*).

[3] Le terme « incidence » représente toutes les mesures basées sur l'occurrence des maladies, aussi bien celles obtenues directement qu'à partir de calculs utilisant des indicateurs dérivés d'études de tous types (*Abenhaim, 1999*).

socio-économique des politiques de santé et des mesures possibles pour réduire les risques par une analyse coûts-bénéfices ou coûts-efficacité ou coûts-utilité.

Pour évaluer les programmes visant à réduire les risques, les économistes estiment leurs coûts de mise en oeuvre et leurs effets sur l'état de santé des populations. Les effets d'une intervention sur les individus se mesurent soient en termes physiques (ratio coûts-bénéfices le plus faible), soient en unités d'une fonction d'utilité cardinale intégrant différents aspects du concept de santé (évaluation QALYs « Quality Adjusted Life Years » du nombre d'années de vie pondérées par la qualité de vie, ou évaluation HYEs « Healthy Years Equivalents » du nombre d'années vécues en parfaite santé). Dans ce dernier cas, une fonction d'utilité cardinale permet d'associer un certain bien-être (comprenant la qualité de vie et la durée de vie) à tous les états de santé possibles (compris entre la mort et l'état de santé idéal), pondérés par leur probabilité (si incertitude) (*Crainich, 2001).* Une évaluation monétaire du coût d'une maladie, du coût des mesures préventives et des bénéfices d'une intervention sur le bien-être d'un individu permet de quantifier les effets d'une intervention sur le bien-être des individus (fonction d'utilité) *(Berger & al., 1987).* Suivant la méthode du coût de la maladie, le gain associé à la prévention d'une maladie ou à un meilleur état de santé est mesuré par le produit du travail qui a pu être effectué (coût indirect) et les coûts des traitements évités (coût direct) en l'absence de cette maladie. Cette approche est équivalente à celle du « capital humain », qui traite la « valeur » de la vie humaine comme la somme actualisée des flux de revenus qu'il va gagner s'il continue à travailler. L'individu n'a de la valeur que s'il produit et contribue au PNB (*Crainich, 2001*). L'évaluation du coût des mesures préventives suppose que l'individu est producteur de son bien-être au travers d'activités préventives qui améliorent son état de santé. Le bénéfice tiré d'une meilleure santé est la somme des revenus du travail qu'elle permet de générer en plus du gain d'utilité qu'elle implique (meilleur état de santé).

L'évaluation des programmes est un outil d'aide à la décision, permettant une comparaison objective de programmes très divers. Le meilleur programme sera celui qui maximise le bien-être par unité monétaire investie.

1.3. Détermination des niveaux de risques « acceptables » et « socialement acceptables »

Dans la perspective probabiliste d'évaluation du risque, l'acceptabilité d'un risque est une question purement technique, définie à partir de la quantification de la probabilité d'occurrence et du dommage occasionné, ainsi que du coût et de l'efficacité des mesures

envisageables pour le réduire. Si les mesures de régulation sont inefficaces ou trop coûteuses, le risque est nécessairement acceptable. Sinon de telles mesures pourront le réduire jusqu'à un niveau acceptable, *ie* au delà duquel elles cessent d'être rentables (*Peretti-Watel, 1999*). Dans cette approche coût-bénéfice, le niveau de risque acceptable ou optimal de sécurité, de santé et de bien-être est celui auquel le coût marginal ou incrémental d'une réduction du risque est égal à la réduction marginale obtenue du coût sociétal. Le « risque sociétal » ou « risque de groupe » est le préjudice total subi par une population entière et pour le futur de communautés entières (*CNA, 2002*). En théorie, on considère que si le risque est acceptable pour chaque membre de la société, alors il est « socialement acceptable » (*Fischhoff & al., 1981*).

Cette approche considère que les individus ne gèrent que certains risques, et qu'ils ignorent les risques en dessous du niveau « *minimis* » (*Whipple, 1987*). Un risque « acceptable »[4] est défini comme le niveau de risque légalement permissible, avec lequel les personnes sont prêtes à vivre s'il leur procure certains bénéfices et s'ils ont confiance en son contrôle (*CNA, 2002*). La définition du risque acceptable (*Fischhoff & al., 1981*) peut être vue comme la résolution d'un problème de décision face au risque, où différentes solutions fournissent différents bénéfices et où l'acceptabilité est une fonction des options disponibles et sélectionnées. L'acceptabilité individuelle implique que la personne a toute l'information pertinente sur laquelle baser une décision, qu'elle comprend l'information et qu'elle est libre de choisir si elle veut accepter (tolérer) ou rejeter le risque.

Une fois les risques quantifiés à partir de calculs standardisés, ils peuvent alors être comparés, hiérarchisés, relativisés les uns par rapport aux autres, en fonction de leur probabilité d'occurrence et gravité. C'est sur ce caractère mesurable et la comparaison des conséquences de différents risques que repose un des argumentaires principaux utilisés dans les publicités.

2. La gestion des risques

La gestion des risques est déléguée aux instances de décision. L'étude comparative des risques permet d'éclairer les décideurs politiques pour définir des priorités de santé publique et nourrir le débat public sur la légitimité de différents critères de choix pour l'évaluation et la gestion du risque. A l'issue de la phase d'évaluation, les comités d'experts

[4] Il diffère du risque « négligeable » qui est celui dont les individus ne se préoccupent pas au quotidien et pour lequel ils ne prennent aucune mesure (*CNA, 2002*).

spécialisés prononcent des avis et recommandations, font des propositions d'actions soit générales pour la population, soit ciblées envers des groupes spécifiques. Elles font l'objet d'analyse par les pouvoirs publics, le ministère de la santé et les administrations pour prendre les décisions en matière de gestion des risques de santé. Pour améliorer l'état nutritionnel des populations et prévenir les maladies liées à l'alimentation, les pouvoirs publics définissent des plans nationaux d'action, des stratégies et mesures, qui s'inscrivent dans une approche multisectorielle. Ces interventions coordonnées agissent sur les facteurs qui, dans l'environnement et au niveau des modes de vie, ont un impact sur la santé, et jouent sur l'offre et la demande alimentaires.

2.1. L'amélioration des conditions environnementales

L'amélioration des conditions environnementales concerne par exemple :

- la résolution des problèmes d'accès à l'eau, de dispositifs sanitaires insalubres, le traitement des eaux contaminées, des déchets ;
- l'amélioration de l'hygiène alimentaire et personnelle à domicile et sur les lieux de traitement et de vente des aliments ;
- l'amélioration et le développement des infrastructures et des services de santé et de nutrition; l'accès aux services de santé primaire[5] et aux médicaments notamment pour les plus pauvres ;
- le contrôle des maladies connexes et associées aux malnutritions, comme le Sida et le paludisme ;
- la promotion de l'alphabétisation et l'accès au système d'éducation, notamment des populations rurales et des femmes et enfants.

2.2. Les mécanismes jouant sur l'offre alimentaire

Les actions sur l'offre alimentaire concernent les politiques macroéconomiques dont les politiques de sécurité alimentaire et nutritionnelle et de lutte contre la pauvreté dans les pays du sud :

- **les politiques agricoles** : amélioration de la productivité agricole, augmentation de la production et de la disponibilité alimentaires; diversification de l'offre ; développement des marchés et du secteur privé ; incitation et soutien aux initiatives des producteurs en matière de qualité, notamment qualité nutritionnelle des

[5] "primary health care services" étant définis par l'OMS (*1978*) comme "a practical approach to making essential health care universally accessible to individuals and facilities in the community in an acceptable and affordable way and with their full participation".

aliments ; génération d'emplois et de revenus, soutien aux petits exploitants agricoles ; développement de jardins familiaux, etc. ;

- **les politiques agro-alimentaires :** amélioration du système post-récolte, conservation des aliments ; diversification de l'offre en produits transformés ; développement du secteur agro-alimentaire pour répondre aux nouveaux besoins et demandes des consommateurs; promotion de produits nutritionnellement enrichis et d'aliments « santé » ayant un intérêt nutritionnel ; implication des industriels et de la restauration (collective) pour améliorer la qualité des produits, en particulier la valeur nutritionnelle des aliments transformés ; création d'emplois dans le secteur agro-alimentaire ; renforcement de son potentiel novateur, de sa compétitivité ; développement du marketing ;
- politiques de contrôle qualité, définition de standards de qualité ; signalisation de la qualité, mise en place de labels de qualité et d'un cadre de réglementation ;
- les mesures et actions de santé publique visant à fournir un accès direct à la nourriture à des **groupes vulnérables** de la population (femmes enceintes et qui allaitent, enfants en bas âge, personnes âgées, handicapées ou malades, dont celles atteintes du VIH/SIDA) et aux **ménages démunis** : mise en place de programmes d'aide alimentaire, banques alimentaires, rations d'urgence ; alimentation maternelle et infantile ; distributions alimentaires dans les écoles, programmes de déjeuners scolaires à partir d'aliments produits localement , soupes populaires et cantines ; élargissement des dispositifs de protection sociale et renforcement des programmes de transfert de fonds, subventions, prestations de chômage et de retraite.

2.3. Les actions cherchant à influencer les préférences alimentaires

D'autres actions visent à influencer les consommations et préférences alimentaires :

- l'élaboration de recommandations alimentaires (« guidelines », comme le « Food Guide Pyramid » aux EU, qui présente la pyramide d'alimentation, montrant ce que l'on doit manger chaque jour en fonction du sexe, de l'âge et de l'activité physique) ;
- les campagnes d'information et d'éducation nutritionnelles : promotion de pratiques d'alimentation saines (allaitement maternel, pratiques de sevrage adaptées, conseils nutritionnels pendant la grossesse et à l'accouchement, conseils d'alimentation des

enfants malades ; consommation de fruits et légumes, etc.) ; utilisation d'aliments traditionnels ; promotion de l'activité physique ;

- les stratégies de prévention des carences en micro-nutriments ; distribution de capsules médicamenteuses, d'aliments de compléments ;
- l'information des consommateurs sur la santé, les produits et la valeur nutritionnelle des aliments pour aider la population à faire des choix sains; étiquetage informatif : Informations nutritionnelles spécifiques sur les aliments proposés dans le commerce pour aider à la prise de décision et l'achat (nature, composition et utilisation des produits, teneurs en certains ingrédients, en nutriments, additifs) ; labellisation des produits alimentaires faisant allusion directement ou indirectement à une valeur santé intrinsèque ou ajoutée; allégations[6] sur les produits alimentaires ;
- l'éducation à la consommation pour aider les consommateurs à utiliser à bon escient l'étiquetage des produits dans leurs décisions alimentaires ; actions d'information des consommateurs au niveau de la restauration collective, des écoles, des lieux de travail, des structures de santé (brochures, etc.) ; éducation alimentaire dans les écoles pour toute la famille : formation à la nutrition, journées thématiques (repas à l'école, visites de fermes, restaurants, etc);
- la régulation et la réglementation en matière d'information sur les aliments et la santé, de marketing; protection des consommateurs contre les actions déloyales, les informations mensongères, les allégations fallacieuses.

[6] données génériques reprenant les objectifs nutritionnels prioritaires, et non pas directement sur les produits eux-mêmes

Encadré 1 : classification des instruments de politiques nutritionnelles

Mazzocchi & Traill (2005) proposent une classification des instruments de politiques nutritionnelles en fonction de l'impact attendu de chaque mesure sur les agents économiques :

- **mesures ayant pour but de changer les préférences alimentaires, c'est à dire la fonction d'utilité** : campagnes d'information, régulations de la publicité , programmes d'éducation nutritionnelle par exemple dans les écoles pour améliorer la connaissance sur les recommandations nutritionnelles et sur les conséquences de certains comportements sur la santé, promouvoir l'activité physique ;
- **politiques pour permettre un choix mieux informé sans affecter directement la fonction d'utilité :** mesures législatives : règles de labellisation des aliments santé, régulations des allégations santé ; information nutritionnelle sur les menus pour informer les choix dans des situations de consommation hors du domicile ; financement de la recherche clinique, comportementale et épidémiologique pour améliorer la connaissance scientifique et évaluer les options politiques ;
- **politiques de marché affectant le choix actuel sans intervenir sur la fonction d'utilité** : taxes sur les nutriments mauvais pour la santé pour réduire leur consommation (fat tax) ; subventions sur les prix des produits sains (par exemple des fruits et légumes) pour augmenter leur consommation ;
- **mesures affectant l'offre et la disponibilité des aliments** : régulation de la responsabilité des entreprises alimentaires en monétarisant les externalités négatives de la production et de la vente de produits mauvais pour la santé ; élaboration des standards alimentaires et nutritionnels pour les produits transformés ; facilitation de l'accès à des aires de commercialisation pour les catégories désavantagées comme les supermarchés ; mesures de fortification et de supplémentation des aliments ; régulation de l'installation de distributeurs de snacks ou de fast-foods dans les places publiques (écoles, hôpitaux…) ou fourniture de fruits gratuits à l'école.

3. La communication sur les risques

3.1. La réduction des risques à un niveau « socialement » acceptable

En matière de prévention des risques, la communication et l'éducation jouent un rôle primordial. Dans le modèle « standard » d'analyse du risque, la communication sur le risque représente une troisième phase du processus, après le travail des experts et des gestionnaires. Son but est de faire connaître aux citoyens le travail réalisé au cours des deux premières

phases. Le caractère interactif des échanges est parfois prévu mais les experts et les gestionnaires gardent l'entière maîtrise de leur travail *(Chevassus-au-Louis, 2000).*

Une définition encore dominante de la communication du risque adoptée par l'EPA (*Environmental Protection Agency*) stipule que la communication du risque est « l'acte de communiquer ou de transmettre l'information entre les parties intéressées sur les niveaux de risques physiques et environnementaux ; l'importance ou la signification de tels risques ; ou les décisions, actions ou politiques qui ont pour but de gérer ou de contrôler de tels risques » (*Covello & al., 1989*). La communication sur le risque est donc définie comme le flux d'information sur l'évaluation du risque entre experts, législateurs, groupes d'intérêts et le public.

Dans ce modèle positiviste, les buts de la communication sur le risque sont en premier lieu d'informer et d'éduquer le public et de le sensibiliser aux nouveaux risques nutritionnels, pour qu'il adopte des choix alimentaires, des pratiques et des régimes sains et hygiéniques. L'hypothèse de base est que la compréhension des risques alimentaires et de la nutrition améliorera la santé publique et l'état nutritionnel des populations. Un autre objectif est de prévenir les peurs alimentaires, pouvant amener les individus à ne plus consommer certains produits, si les risques associés sont faibles et incertains. Le troisième but est d'encourager les individus à accepter les avancées technologiques, comme l'application de la modification génétique en alimentation et agriculture (*Hamstra, 2000*). La communication a pour but de rendre les risques acceptables et de réduire les risques à un niveau socialement acceptable.

Le concept de risque acceptable est au cœur de la gestion politique des risques et a fait l'objet de nombreuses discussions et débats (*Meacham, 2001*). *A* mesure que les représentations du public ont commencé à peser sur les décisions des politiques, la question de l'acceptabilité est devenue médiatique : il faut communiquer, informer l'opinion, la convaincre d'accepter un risque.

3.2. Le paradigme de l' « instruction publique » et le modèle du « déficit de connaissance »

La communication sur les risques est basée sur le paradigme de « l'instruction publique » *(people's enlightenment),* qui s'appuie sur la vision classique d'un partage entre d'un côté ceux qui « savent » (rationalisation de la gestion du monde) et de l'autre, les profanes qui « ne savent pas ». Cette approche considère que les connaissances scientifiques sont universelles, objectives et complètes et qu'elles s'opposent aux savoirs profanes, marqués

par des croyances. Dans ce cadre, les scientifiques ont un rôle essentiel d'éducation du public (*Callon, 1998*) et la communication est vue comme un moyen de réduire les désaccords entre les 2 parties, considérés comme sources d'inefficacité (*Chevassus-au-Louis, 2000*).

Le modèle standard considère donc que les experts ont une vision exacte et objective du risque (risque « réel ») et que les citoyens ont une perception du risque plus grossière, déformée et inévitablement entachée de subjectivité (risque « perçu ») et qu'il convient de la corriger. L'objectif de la communication sur le risque est alors de réduire cette distorsion dans la perception des risques en amenant le citoyen à percevoir le risque « réel ».

Ces objectifs sont légitimés par le modèle théorique de communication de base ou modèle de déficit de connaissance (« Knowledge Deficit Model » encore désigné « knowledge gap » ou « cognitive deficit model » ; *Einsiedel, 2000 ; Hiltgartner, 1990 ; Wynne & Irwin, 1996*). Les hypothèses de base du modèle (*Hansen & al., 2003*) sont que :

- la productivité est une valeur communément partagée dans les sociétés modernes, hypothèse qui se traduit par la définition de niveaux acceptables du risque ;
- ces niveaux acceptables du risque sont universels ou largement partagés ;
- la connaissance scientifique est la plus efficace et désirable, à la base de l'amélioration de la production de biens et du contrôle des risques ; elle guide la gestion du risque ;
- les experts et les profanes doivent avoir la même évaluation du risque ;
- si les individus ne se conforment pas aux conseils et recommandations scientifiques c'est parce qu'ils ne comprennent pas le raisonnement scientifique et qu'ils ont un « déficit de connaissance ».

Les experts considérant les comportements des individus face aux risques comme « irrationnels », ce modèle a pour objectif de pallier à « l'ignorance » des profanes en leur apportant la connaissance et l'éducation nécessaires à la compréhension des problèmes et à la réalisation de choix « rationnels ».

Le paradigme dominant suggère ainsi que la meilleure stratégie pour amener l'opinion publique sur la ligne de pensée des experts est de pallier à l'ignorance des profanes. La notion de communication sur le risque se réfère à un processus social par lequel les individus deviennent informés sur les risques, soit pour augmenter leur prise de conscience, diminuer leurs préoccupations ou renforcer leurs capacités de choix par rapport à la santé.

3.3. Les modèles psychosociologiques de comportement

Les représentations des experts se concrétisent dans l'action par de la diffusion d'information. Celle-ci vise à développer la connaissance nutritionnelle, à changer les opinions et les perceptions dans l'objectif final de modifier les comportements et d'améliorer le contenu nutritionnel des régimes alimentaires par rapport à un standard jugé optimal.

Ces actions de communication publique et les interventions à visée éducative sont dominées implicitement par des modèles psychosociologiques de comportement généraux (comme le modèle de *Fischbein* & *Ajzen, 1975* ; *Ajzen & Fischbein, 1980*) ou appliqués aux comportements de santé comme le modèle de croyance sur la santé (*Health Belief Model ; Rosenstock, 1974 ; Becker, 1974*) et le modèle conventionnel d'éducation nutritionnelle (ou « *KABP model* » pour *Knowledge, Attitudes, Beliefs, Practices*), promu par l'OMS (*1989 ; Zeitlin, 1977*). Ils font l'hypothèse qu'un apport d'information en amont permettra d'améliorer le niveau de connaissance individuel, ce qui amènera à une modification des croyances et des attitudes[7], qui résultera en des pratiques alimentaires améliorées et donc à un meilleur état nutritionnel.

Dans le dispositif KABP, la notion de « fausses croyances » est au cœur de l'analyse et devient l'objet central des actions d'information et de communication. Elles représentent les connaissances non conformes aux savoirs disponibles, établis et diffusés (*Calvez, 2004*). Elles sont considérées comme reflétant une méconnaissance, une mauvaise compréhension du discours des experts et un manque de confiance et de validité accordé par les individus au cadre institutionnel de gestion des risques de santé. Les enquêtes KABP fournissent des données sur les connaissances et attitudes des individus. Elles permettent d'évaluer les différences entre risque objectif et risque perçu, les écarts au modèle attendu de gestion des risques, pour définir des orientations politiques et des actions de prévention. L'enjeu central de la communication réside dans la formation de représentations du risque qui articulent les discours d'experts et les informations et expériences des individus.

4. Conclusion

Les programmes de nutrition s'intègrent dans le cadre de politiques nationales de santé et d'alimentation plus globales. La nutrition est généralement traitée comme des changements d'offre et de demande. Dans cette optique, les pays sont caractérisés par différents indicateurs macroéconomiques : adéquation de la production alimentaire, capacité

[7] « prédisposition positive ou négative vis à vis d'un « objet » » (*Eagly & Chaiken, 1993*) ; la composante cognitive de l'attitude correspond à l'évaluation de l' « objet ».

à développer un secteur agricole productif, pourcentage du budget des ménages dépensés dans l'alimentation, indicateurs physiques de santé générale et nutritionnelle.

En termes de gestion des risques alimentaires et de santé, les pouvoirs publics jouent un rôle essentiel dans le renforcement des liens entre les secteurs de l'agriculture et de la santé et dans l'intégration de la dimension nutritionnelle dans les mesures politiques touchant directement ou indirectement l'alimentation (politique agricole, réglementation, etc.). Ils ont également une fonction majeure dans l'établissement de normes de sécurité, d'une réglementation en matière d'information sur les aliments, et plus spécialement d'étiquetage nutritionnel et de labellisation. La légitimité de ces actions passe par l'amélioration de l'information des consommateurs, considérée comme nécessaire au bon fonctionnement des marchés et à la promotion de la santé publique.

Dans les actions de prévention, l'Etat a un rôle dans la mise en place de campagnes d'information et d'un système d'éducation à la santé qui donnent aux citoyens les éléments de connaissance et de jugement pour tirer au mieux parti des informations reçues dans leurs décisions alimentaires. Cela est supposé favoriser la consommation de certains produits, l'adoption de conduites jugées souhaitables pour la santé et orienter le marché en mettant à profit leur pouvoir d'achat. La communication publique sur les risques auprès de la population cherche à réduire les incertitudes et à donner les moyens et les compétences pour maîtriser les problèmes au niveau individuel. La notion de risque est centrale dans cette réduction des incertitudes.

Malgré cette communication sur les risques, on observe des disparités entre la connaissance objective des recommandations de santé et nutrition et les comportements individuels. Nous explorons quelques pistes d'explication à ces décalages.

II. DECALAGES ENTRE CONNAISSANCE, PREOCCUPATIONS ET PRATIQUES DES CONSOMMATEURS : DES VOIES D'EXPLICATION

1. Des connaisseurs !

Les programmes scolaires, les relais locaux et les mass médias sont fortement mobilisés pour conduire à une prise de conscience publique des liens entre régime et santé et pour tenter de changer les préférences alimentaires des consommateurs. Les moyens de communication et les technologies de l'information ont connu un développement considérable dans le monde. Les individus sont de plus en plus informés et les préoccupations de santé sont de plus en plus fortes. En témoignent les réactions aux différentes crises

alimentaires récentes (crise de la vache folle, aliments génétiquement modifiés, poulet à la dioxine, grippe aviaire, etc.) et l'expansion du marché des produits « santé », diététiques et des « alicaments », faisant référence à des arguments ou vertus de nutrition-santé. Si bien qu'aujourd'hui, la valeur santé des aliments est de plus en plus utilisée à des fins commerciales dans les différentes démarches de promotion des produits et on assiste à une médicalisation de l'alimentation.

Certains travaux en Europe et aux EU ont montré que la santé est un facteur de choix important, à travers l'étude des attitudes vis à vis de la santé-nutrition (*Wardle, 1993 ; Steptoe & al., 1995 ; Lindeman & Stark, 1999*). Rozin & al. (*1999*) montrent que les femmes américaines interviewées sont très préoccupées par leur alimentation et qu'elles sont informées. Lindeman & Stark (*1999*) soulignent la pression sociale à laquelle sont soumises les femmes finlandaises pour rester fines et belles, qui positionnent les préoccupations de nutrition avant celles du goût et du plaisir. Cela suggère l'importance que les consommateurs occidentaux accordent à la valeur santé de leur alimentation.

Cependant, malgré les contributions scientifiques, le développement d'informations sur la santé et l'alimentation et des préoccupations fortes pour la valeur santé des aliments, on observe un décalage entre la connaissance des comportements recommandés et les pratiques effectives. On constate globalement un échec de l'éducation nutritionnelle conventionnelle et les limites des approches KABP classiques. L'expérience et la littérature montrent que les tentatives d'éducation nutritionnelle de la population ont peu d'impact décisif sur l'évolution des habitudes alimentaires (*Nin & Unicef, 2001*) et qu'elles apparaissent le plus souvent inefficaces pour résoudre les problèmes nutritionnels des PED (*Adrien & Beghin, 1993*). De nombreuses études montrent que les comportements alimentaires sont éloignés des recommandations faites par les pouvoirs publics (*Guilbert & al., 2003* -Baromètre Nutrition- ; *Fischhoff & Downs, 1997 ; Scott, 1996 ; Shim & al., 2000 ; Moatti & al., 1993 ; Calvez, 2004 ; Wardle & al., 2000 ; Grunert, 2002).* Les contre-mesures jouant sur la consommation alimentaire pour faire face à la crise croissante de l'obésité semblent difficilement capables d'influencer les tendances du marché (exemple sur l'obésité en Europe ; *Mazzocchi & Traill, 2005).*

Les recherches en sciences sociales, notamment les enquêtes de type KABP dans le domaine de la santé-nutrition, ont montré qu'il est facile d'établir des relations entre connaissances et croyances d'une part, et connaissances et attitudes individuelles ou

collectives face à la maladie d'autre part (*Moatti & al., 1993*). Cependant les connaissances et attitudes sont peu cohérentes avec les comportements déclarés ou observés ; en dépit d'une bonne connaissance de l'existence et de la nature du risque et d'attitudes positives envers la santé, les individus ne se comportent pas conformément aux recommandations et persistent à avoir des conduites qui les exposent aux risques (*Calvez, 2004 ; Redmond & Griffith, 2003 et Wilcock & al., 2004 sur les risques sanitaires).* Différentes études empiriques ont démontré que la diffusion du savoir ne modifie pas forcément les « conduites à risque » (exemples de l'alcoolisme, du tabagisme, du Sida). Elles montrent que les campagnes de prévention améliorent la connaissance de la population, aident à la prise de conscience du risque encouru, renforcent la solidarité entre personnes concernées, mais n'ont pas d'impacts réels sur les comportements des individus. Les enquêtes quantitatives de type KABP appliquées au Sida, ont montré qu'une amélioration du niveau de connaissance sur les moyens de prévention et de contrôle n'était pas une condition suffisante à l'amélioration des comportements individuels (*Moatti & al., 1993*).

Le paradoxe américain est aussi souvent exposé à titre d'exemple. Rozin & al. (*1999*), ont montré que les Américains sont bien informés sur les liens alimentation-santé, que leur inquiétude et leur stress face à l'alimentation sont plus importants que dans certains pays d'Europe (France, Belgique) ou qu'au Japon et qu'ils sont prédisposés à modifier leur régime au service de préoccupations santé ; paradoxalement, les EU présentent les taux d'obésité et de maladies cardio-vasculaires les plus élevés au monde.

Ces travaux attestent **qu'une amélioration de la connaissance et que la disposition d'un stock d'informations ne sont pas des conditions suffisantes pour provoquer des transformations dans les attitudes et les pratiques alimentaires**. Le décalage entre recommandations et pratiques ne semble pas toujours lié à un manque de connaissance en matière de nutrition-santé.

La question du décalage entre la connaissance des individus et la mise en œuvre des comportements recommandés peut trouver différents niveaux d'explication. A une échelle macroscopique, plusieurs limites d'ordre théorique, méthodologique et idéologique peuvent être soulevées au niveau des actions politiques et du dispositif d'analyse des risques, amenant à un dysfonctionnement du système de communication. Au niveau de sous-populations, des contraintes d'ordre psychologique et socio-culturel permettent d'expliquer les décalages entre connaissance, attitudes et comportements.

2. Les présupposés théoriques et éthiques du dispositif d'analyse des risques

2.1. La santé, un facteur du bien-être ?

Les actions politiques de lutte contre les malnutritions sont sous-tendues par des présupposés théoriques macroéconomiques et microéconomiques, visant à promouvoir durablement la santé et le bien-être et diminuer les coûts économiques et sociaux associés aux comportements « déviants ». L'état de nutrition affecte l'état de santé de la population et est considéré comme un facteur important de la « qualité de vie » et du bien-être social[8] (*Martin, 2002*). L'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Les théories macroéconomiques considèrent la santé comme valeur de bien-être, conçue en termes de développement économique. Les théories du développement et du capital humain sont centrées sur la productivité du travail et l'accumulation du capital, comme éléments clés de la croissance et du développement et *vice versa*.

Un certain nombre d'études ont montré que l'état nutritionnel de la population était lié au développement économique. Certains économistes, comme Milikan, postulent qu'il est nécessaire d'avoir des forts taux de croissance économiques pendant une très longue période pour améliorer significativement le régime alimentaire des plus démunis dans les PED (*McIntosh, 1996*). Les situations nutritionnelles sont largement déterminées par les contraintes de pouvoir d'accès à l'alimentation. Le revenu et les prix sont des facteurs essentiels pour les populations qui accèdent aux aliments par le biais du marché.

Réciproquement, les situations nutritionnelles déterminent le développement économique. Certains économistes (Berg, Muscat, Cook) considèrent l'état nutritionnel des individus comme une cause de retard du développement économique et de ralentissement de la croissance économique car il affecte l'intelligence, la concentration, les capacités physiques et mentales. Ils postulent que les programmes de supplémentation en certains nutriments ou de réduction de certaines maladies liées à des carences nutritionnelles peuvent être des contributions majeures à la croissance et au développement de la société (*McIntosh, 1996*).

La théorie du capital humain conçoit la santé humaine et le bien-être uniquement en termes économiques (*Becker, 1965*). Elle considère que la nutrition (*Berg, 1973*) est une ressource sur lesquels des investissements peuvent être faits pour augmenter leurs capacités

[8] La notion économique de bien-être social représente l'amélioration du bien-être collectif quand le surplus de certains individus (consommateurs, producteurs) augmente sans réduire celui des autres.

productives. Cook (1971), dans sa théorie du « child wastage », pose l'hypothèse que la valeur d'un enfant est basée sur son coût relatif par rapport à ses contributions économiques futures. La malnutrition est analysée en terme de compétence et de performance à l'école et au travail.

De fait, **ces approches théoriques ne s'intéressent qu'aux questions alimentaires par leurs relations avec la santé et les problèmes nutritionnels** ; l'alimentation comme facteur de santé. L'attention se porte essentiellement sur la valeur nutritionnelle des aliments consommés ou disponibles. L'alimentation est caractérisée par les disponibilités énergétiques alimentaires[9] et/ou les quantités consommées[10]. Ces quantités sont mises en relation avec les besoins nutritionnels dont le degré de satisfaction constitue un indicateur de bien être lié au développement économique. L'alimentation est subordonnée à un idéal plus élevé de santé et est considérée comme un facteur de risque pour le développement économique du pays.

2.2. Une éthique ? Quelles valeurs ? Quelle légitimité ?

Dans la définition des risques, les prédictions scientifiques sont considérées comme rationnelles, les seules valides et légitimes et on constate une **hégémonie du discours scientifique** dans les interventions.

Les enjeux éthiques sont liés à la promotion de la santé qui implique **une nouvelle hiérarchisation des valeurs**, et au processus de moralisation inhérent à l'intervention normative (*Massé, 1997).*

Les connaissances inexactes considérées comme de « fausses croyances » sont l'objet central des actions d'information, qui cherchent à modifier, former et unifier les représentations du risque, à partir des discours d'experts. Dans ce modèle, les valeurs centrales d'hédonisme, d'autonomie, de liberté individuelle ou de libre arbitre sont confrontées à des valeurs de souci du bien commun et de solidarité du citoyen avec les réglementations acceptées par la collectivité. Au delà du statut individuel, les citoyens sont invités à s'impliquer dans la construction d'une société saine en acceptant et en soutenant des politiques qui agiront, en amont, sur les facteurs qui les exposent à des risques qui échappent

[9] Les bilans de disponibilités alimentaires (BDA) calculés par la FAO permettent d'estimer à l'échelle de la nation la disponibilité de divers produits alimentaires sur le territoire intérieur, le niveau des productions locales ainsi que le niveau des importations/exportations des mêmes produits. Ces données peuvent ensuite être traduites en disponibilités énergétiques alimentaires (DEA) par conversion en calories. Cette approche permet de distinguer les différents régimes nutritionnels qui caractérisent les pays ou régions du monde, de suivre l'évolution de la valeur nutritionnelle des régimes alimentaires à travers les disponibilités en nutriments. Le modèle agro-nutritionnel de Malassis & Ghersi (*1992*) est une représentation des disponibilités alimentaires moyennes par habitant, calculée sur la base des bilans alimentaires et de la classification agro-nutritionnelle des aliments.

[10] La consommation peut être mesurée par le biais des dépenses et de l'autoconsommation traduite en valeurs du marché, ces valeurs étant ensuite converties en quantités avec les données de prix.

à leur contrôle. La santé publique ne se présente plus sous la forme d'une entreprise scientifique justifiée par des évidences épidémiologiques ; elle émerge pour certains comme une entreprise d'acculturation axée sur la promotion d'un nouveau style de vie, dont le mandat est de promouvoir les valeurs, rationalité et habitudes de vie véhiculées par une « culture sanitaire ». Cette nouvelle gestion des « facteurs de risque » et l'engagement collectif à promouvoir les habitudes saines de vie, deviennent des lieux nouveaux de définition de normes et de règles, d'une nouvelle moralité (*Lupton, 1993 ; Petersen & Lupton, 1996 ; Dozon & Fassin, 2001*).

L'enjeu éthique est celui de la normativité implicite dans des stratégies d'intervention dédiées à la définition des bonnes et mauvaises habitudes de vie et à l'établissement d'une liste de prescriptions et proscriptions. Le problème éthique est posé par celui des conflits qui émergent de la hiérarchie des valeurs et des normes de certaines populations cibles et de celles implicites des interventions de santé publique, à partir d'un discours scientiste prétendant l'objectivité (*Massé, 1997*). La hiérarchisation des risques et leur évaluation ne sont pas consensuelles, ni universelles.

D'après le paradigme dominant d'analyse des risques, les responsables politiques ont une conception étroite du bien public de santé, la valeur nutritionnelle étant considérée comme valeur suprême de l'alimentation. Les autres dimensions de l'alimentation (plaisir, identité, etc.) sont reléguées sur un plan secondaire. Or , si l'alimentation a une fonction vitale de par sa dimension nutritionnelle, il n'est pas sûr que cette préoccupation soit primordiale dans la consommation et les pratiques alimentaires des consommateurs. Même si la littérature démontre un intérêt croissant des individus pour les propriétés santé des aliments et qu'elles constituent un facteur important d'achat et de choix des aliments, la santé n'est pas le premier facteur de choix et les dimensions gustatives, économiques et hédoniques restent généralement prédominantes (*Lindeman & Stark, 1999 ; Steptoe & al., 1995 ; Rozin & al., 1999 ; Prescott & al., 2002*). *Bouis & Haddad (1992)* ont mis en évidence que chez les populations pauvres malnutries, le revenu extra dégagé par une augmentation de revenus part exclusivement dans la consommation de calories supplémentaires ; mais une augmentation de revenus de 10% n'aboutit pas à une augmentation de la consommation de calories de 10%. Les individus peuvent choisir de consommer des calories plus cher qui offrent une plus grande variété, une plus grande commodité, un meilleur goût, un meilleur statut social, etc. ; ils ne raisonnent pas simplement en termes d'apports nutritionnels.

Ainsi, l'évitement d'un risque de santé peut faire prendre le risque d'une perte d'identité ou de reconnaissance sociale, d'une perte de plaisir liée à l'altération de certaines

caractéristiques recherchées, etc. **Du fait de conflits de valeurs, l'adoption de certaines recommandations politiques pourrait réduire le bien-être de certains individus** (selon leur fonction d'utilité). Dans quelle mesure les professionnels de la santé sont-ils tenus de respecter des valeurs populaires qui sont perçues comme des freins à la prévention ? Comment allier recommandations nutritionnelles et préservation des traditions locales ? Quelle légitimité des valeurs individuelles face aux valeurs scientifiques ?

2.3. Une communication sans dialogue !

Ces conceptions théoriques à la base de l'analyse et de la gestion politique des risques conditionnent directement les actions de communication sur les risques.

Dans le schéma de communication standard, la stigmatisation des conduites non conformes aux recommandations, qualifiées d'« irrationnelles », justifient les interventions à caractère éducatif. Dans ce schéma de communication descendant (de ceux qui détiennent la connaissance vers ceux qui la consomment) et unilatéral, la remontée d'information et l'interactivité entre récepteur et émetteur n'ont pas de place. Une part d'inefficacité des campagnes d'éducation nutritionnelle serait liée à cette **conception réductrice des rapports experts-profanes et de la relation de type autoritaire** entre l'éducateur et la population-cible, où celui qui détient le savoir détient la position dominante (*Adrien & Beghin, 1993*). Cette action normative provoque souvent rejet et méfiance des consommateurs, qui sont écartés des processus de prise de décision. Cela rejoint la question éthique de la suprématie de la rationalité scientifique et de la légitimité du savoir expert par rapport à la légitimité du savoir profane, notamment en cas d'incertitude forte sur les risques. Pour de nombreuses situations et en particulier dans le cas des nouveaux risques, il existe différents niveaux d'incertitude dans l'appréciation des risques, notamment sur les conséquences et leurs probabilités. Cela pose la question de la validité de l'évaluation scientifique et de l'action en condition d'incertitude.

2.4. Une « consommation de la connaissance » au centre de conflits d'intérêts

Cette provision d'information sans dialogue est supposée supporter la démocratie en apportant aux individus l'information nécessaire pour faire des choix éduqués et informés (*Hansen & al., 2003*). La connaissance des acteurs (sur la production de l'état nutritionnel et sanitaire, sur les options de marché, le développement futur, etc.) est supposée augmenter leur bien-être, en élargissant la gamme des choix possibles. Son stock peut être augmenté par

des investissements dans la connaissance (augmentation du capital humain). Cette vision pose la question de la liberté individuelle face à un choix informé à partir de sources aux intérêts divergents voire contradictoire ?

L'organisation de la communication nutritionnelle est complexe en raison de la multiplicité des acteurs impliqués et de leurs enjeux : scientifiques, professionnels de la santé, pouvoirs publics, industriels, distributeurs, interprofessions, médias, entourage proche, etc.

Les scientifiques participent à de nombreux « comités d'experts » pour des entreprises, des interprofessions ou une demande publique. Ils ont peu d'autonomie en termes d'objets de recherche, de procédures de travail, de valorisation des résultats et effectuent des ajustements par rapport aux objectifs fixés. L'information scientifique est donc parfois sujette à des distorsions d'interprétation de manière à défendre les intérêts des demandeurs. Les entreprises privées et les industriels sont avant tout motivés par la rentabilité de leurs services et produits et vont chercher à minimiser voire à cacher le danger et l'incertitude qui lui est liée. Les privés utilisent souvent la stratégie de promouvoir la controverse publique comme un moyen de prévenir l'établissement de plus importants contrôles du gouvernement sur les risques. Les groupes d'intérêt de santé publique vont eux chercher à parvenir à un plus grand consensus dans la société pour rendre les politiques gouvernementales de contrôle du risque plus acceptables. Avec leur obligation et responsabilité vis à vis de la société civile, ils ont pour but de réduire le risque et vont être demandeurs d'une plus grande régulation.

En matière de communication, leurs objectifs seront divers : éduquer, informer le consommateur sur les risques dans le but d'améliorer la santé publique (pouvoirs publics, organisations de santé publique), améliorer ou conforter l'image d'un aliment (interprofessions, industriels), modifier les perceptions pour vendre un produit (industriels, distributeurs). Les différents groupes de pression sont organisés pour promouvoir et protéger leurs propres intérêts. Les différents acteurs vont faire pression et influencer les débats publics et les politiques du gouvernement contre ou pour le contrôle et la prévention de risques connus. Ces divergences d'intérêts sont à l'origine de conflits de pouvoir et de revendication sur l'interprétation des données scientifiques, des perceptions individuelles et des facteurs de risque.

La question de la gestion des risques est donc un champ complexe où s'entremêlent des enjeux sociaux, politiques, économiques, éthiques, scientifiques, technologiques. Dans ces contextes, où les politiques nutritionnelles évoluent au gré des affrontements des intérêts des grands groupes alimentaires, quelles sont les limites acceptables de l'entreprise visant à

convaincre, contraindre, persuader, informer le citoyen sur les comportements préventifs à adopter ? Comment envisager une gestion transparente et partagée du risque ?

Cette absence de cadre général politique en matière de communication publique est à l'origine d'une profusion d'informations, de sources très diverses, de nature différente voire divergente, ce qui engendre des dysfonctionnements. Le discours nutritionnel est alors ressenti globalement par les consommateurs comme confus, changeant parfois contradictoire, pouvant expliquer la non mise en pratique des recommandations. On se retrouve devant un paradoxe où les prescriptions, les mises en garde, avertissements de la part des autorités de santé publique, de l'industrie, sont confondues par l'abondance, la multiplicité des sollicitations du marché. Le foisonnement, les fluctuations et les contradictions des discours normatifs, moraux et diététiques constituent ce que Fischler (*1993*) et Levenstein *(1993)* appellent la « cacophonie alimentaire ». Dépassant les capacités cognitives individuelles et rendant les choix du consommateur de plus en plus complexes et incertains, cette injection massive d'informations relatives à la santé vient bouleverser l'équilibre des modèles alimentaires (*Poulain, 2002a*) ; elle peut engendrer des crises des modèles culinaires, corporelles ou autres.

Les perceptions sont donc façonnées par le pouvoir et l'influence des groupes d'intérêts, des mass-médias. L'arbitrage entre découverte scientifique et médiatisation sur les risques participe au déplacement des craintes et à l'exigence des consommateurs. **Alors que le modèle normatif cherche à créer de nouvelles normes, il peut être à l'origine de pertes de normes.**

2.5. Perte de confiance et de légitimité de l'appareil de régulation

Par ailleurs, cette absence de cadre général et cette cacophonie provoquent une perte de confiance des consommateurs vis à vis des informateurs, des experts et des régulateurs. C'est ce que certains sociologues (*Corbeau, Poulain, Besnard, Reynaud, Fischler*) définissent sous le concept d'anomie (absence de normes ou leur prolifération), se caractérisant par l'affaiblissement de la légitimité de l'appareil normatif, des règles et des normes (*Poulain, 2002a*).

Depuis les récentes crises alimentaires, on assiste en effet à une perte de confiance des individus envers les institutions publiques de régulation. Ces réactions négatives des citoyens seraient suscitées plus par la culture dominante au sein des institutions qui produisent et gèrent les risques que par les risques eux-mêmes (*Douglas & Wildavsky, 1982 ; Dake, 1991; Rayner, 1992*). La théorie culturelle du risque postule que les attitudes et perceptions d'un

individu à l'égard d'un risque sont déterminées par les normes, les systèmes de valeurs sociales et les différentes « visions du monde » (politiques, culturelles, sociales). Les réactions vis à vis des risques dépendront donc aussi de la légitimité perçue des institutions (crédibilité, confiance, indépendance) (*Douglas & Calvez, 1990).*

2.6. Conclusion

Cette vision normative centrée sur « ce que doit faire l'agent s'il est parfaitement rationnel » ne reconnaît pas les faits eux-mêmes (« ce que fait réellement l'agent ») et les différences de rationalités entre experts et citoyens. Cette approche peut alors contrairement à ce qu'elle vise, être synonyme de perte de bien être et/ou de perte de normes et de confiance. Les connaissances individuelle et collective peuvent être en contradiction avec les catégories standardisées de la connaissance scientifique. De fait, cette dernière n'accorde pas de considération aux valeurs personnelles et culturelles et aux représentations des individus sur l'alimentation et la santé.

La non prise en compte des différences de rationalité et de la multiculturalité des acteurs représentent des limites des approches économiques dominantes de la santé basées sur l'utilitarisme et la rationalité instrumentale.

3. La décision au niveau individuel

3.1. Une conception mécanique du comportement individuel

Les modèles éducationnels sont sous-tendus par l'hypothèse forte que la connaissance rationnelle est le principal déterminant des attitudes et des comportements. Le rapport au risque est réduit à une relation linéaire et mécaniste selon un processus séquentiel connaissance ➔ croyances ➔ attitudes ➔ comportements. Or, cette relation n'est pas la seule chaîne causale possible.

De nombreux travaux ont montré que ces éléments s'influençaient réciproquement ; les attitudes peuvent permettre de rationaliser *a posteriori* les comportements et les choix (*Festinger, 1957*) à travers des mécanismes par exemple de dissonance cognitive (*Festinger, 1964*) ou d'implication minimale (*Krugman, 1966),* qui entraînent une inversion de l'ordre des composantes du processus de décision (*Vaugh, 1980*).

De plus, la connaissance n'est pas seulement basée sur le savoir rationnel mais se construit à partir de l'expérience et selon des modes de transmission sociale (*Gojard, 2000*).

Ainsi, l'adoption d'un comportement donné peut influencer en retour les représentations, attitudes et croyances des individus. Ces composantes s'inscrivent dans un

système dynamique dans lequel ils sont en constante interaction, caractérisant différentes stratégies de gestion des risques, comme des stratégies intermédiaires, alternatives ou de dénégation du risque (*Calvez, 2004).*

3.2. Une conception erronée de la rationalité

Dans la conception du bien-être basé sur la maximisation de l'état de santé (utilité[11]), le comportement individuel repose sur une rationalité économique en finalité, basée sur le rapport entre les fins et les moyens (ou ressources) comme la connaissance.

Au moment de l'évaluation des risques, qui suit cette logique utilitariste, la « valeur » associée à un risque est quantitative (nombre de décès, pertes financières, etc.), calculée par la somme des produits d'une utilité (gravité) pondérée par une probabilité d'occurrence. Une analyse coûts-bénéfices de chaque risque pour la société permet de déterminer leur acceptabilité sociale et de définir des priorités entre risques. Elle suppose que l'agent établit ses choix entre différentes « loteries » sur la base d'un calcul de couples pertes-gains pour chaque risque. La mesure du risque *via* un calcul probabiliste laisse supposer que les individus se livrent à de tels calculs (*Bettman, 1973, Sjöberg, 1980 ; Gronhaug & Stone, 1995*) et ont la capacité à penser en termes probabilistes (*Raufaste & Hilton, 1999*).

Les travaux en psychologie sociale et cognitive montrent que les comportements sont d'une plus grande complexité et que l'individu n'est pas rationnel au sens économique du terme ; il ne recherche pas la solution optimale mais une solution satisfaisante (*Simon, 1982 ; Crozier & Friedberg, 1977*). D'une part, les individus ne peuvent pas effectuer de calculs rationnels coûts-bénéfices à chaque décision parce qu'il ne connaissent pas tous les possibles et toutes les conséquences de leurs actions (information imparfaite). Ensuite, le processus de choix individuel a des coûts (temps, argent) (rationalité procédurale) et l'agent a des capacités de calculs limités (rationalité limitée). Par ailleurs, on reconnaît la rationalité cognitive de l'individu. Les croyances ne sont pas irrationnelles mais le produit d'un effort rationnel pour interpréter le monde qui nous entoure avec les ressources cognitives dont on dispose. Tout comportement met en jeu des croyances et dépend du sens que lui donne l'individu.

La finalité recherchée ne correspond donc pas à avoir un capital santé maximum mais consiste surtout en la satisfaction de valeurs ou de principes. Les individus cherchent à atteindre une solution qu'ils jugent satisfaisante, pas seulement sur la base du jugement des

[11] La fonction d'utilité définit une relation de préférence, ie l'ensemble des valeurs subjectives qu'un individu accorde à ses différents états de santé.

experts mais selon leur propre perception de la réalité, de leurs contraintes et des options possibles.

3.3. Les « paradoxes » de la prise de décision

En tentant d'expliquer les « paradoxes »[12] observés au moment de la décision, Kahneman & Tversky (*1979*) ont démontré la subjectivité de la rationalité individuelle et ont remis en question le modèle de maximisation de l'utilité. Les individus seraient sujets à des biais de jugements ou « biais cognitifs » pendant la phase de structuration des informations et d'évaluation des probabilités et des alternatives (*Kahneman & al., 1982 ; Tversky & Kahneman, 1973*). Certains travaux ont mis en évidence qu'il existait une déviation systématique de la tendance moyenne. Par exemple, les faibles risques sont sur-estimés et les risques élevés sont sous-estimés par rapport à la moyenne (*Lichenstein & al., 1978*). D'autres distorsions de probabilités ont été observées comme la non perception des faibles variations de probabilité ou d'utilité (*Willinger, 1990*) ou la rigidité des estimations initiales *(Slovic & al., 1980*).

Ces travaux ont mis en exergue un ensemble de règles cognitives, stratégies mentales ou « heuristiques » que les agents mettent en oeuvre pour simplifier les processus d'évaluation et de choix, comme moyen de réduire l'incertitude. Ces biais psychologiques, expliqués par l'organisation catégorielle des connaissances en mémoire, jouent un rôle lors de l'élaboration des jugements et de la formation des perceptions des risques (*Sjöberg, 2000*).

3.4. Des messages uniformes pour une population hétérogène

La quantification du risque sociétal et de son acceptabilité s'appuie sur l'hypothèse d'une uniformité au sein d'une population donnée (*Peretti-Watel, 2000*). Cela conduit à communiquer les risques sur la base de recommandations globales et de messages « uniformes » destinés à l'ensemble de la population. Seules, certaines actions visent des groupes cibles spécifiques (femmes enceintes ou qui allaitent, enfants, personnes âgées, allergiques). Or, quand les messages et les directives sont généraux et s'adressent à la population en général, ils n'influencent pas les individus, qui ne se sentent pas personnellement concernés *(Weinstein, 1987, 1989 ; Frewer & al., 1998 ; Shepherd, 1999).* De nombreuses recherches montrent que les individus n'évaluent pas de la même façon un risque pour eux-même ou pour la famille et un risque pour la population en général, et qu'ils s'estiment systématiquement moins exposés aux risques par rapport aux autres.

[12] Dans les conditions expérimentales de laboratoire, les sujets ne prennent pas leurs décisions conformément à la théorie.

3.5. Les biais d'optimisme dans le domaine alimentaire

Cette tendance à sous-estimer les risques pour soi et ses proches par rapport aux autres a été confirmée dans le domaine alimentaire. Frewer & al. *(1994a),* Sparks & al. (1995) ont montré que les individus sous-estimaient certains risques notamment ceux liés aux styles de vie (nocivité du tabac, accidents de la route, régime riche en matières grasses, abus d'alcool, intoxication alimentaire à partir d'aliments préparés à la maison). Rozin & al. *(1999), Lappalainen & al. (1998)* mettent en évidence que les individus considèrent leur régime comme suffisamment « sain » ou plus sain que celui d'autres personnes du même âge ou sexe. La sous-estimation de certains risques est interprétée comme un « optimisme irréaliste » ou « biais d'optimisme », qui fait référence au sentiment des individus d'être moins vulnérables, plus susceptibles de faire l'expérience d'événements positifs par rapport à la moyenne (*Weinstein, 1980*). Ces biais sont particulièrement importants dans le domaine alimentaire (*Miles & Shaife, 2003*). Ils seraient notamment liés au sentiment des individus d'avoir le contrôle sur une situation plus qu'ils ne l'ont en réalité (*Langer, 1975* ; *McKenna, 1992*). Cette « illusion » de contrôle se traduit par une moindre aversion au risque et une ignorance volontaire de l'information (*McKenna, 1992*). Dans le domaine de la santé, les biais d'optimisme impliquent que les individus soient moins susceptibles d'adopter des comportements d'auto-protection (*Dejoy, 1996 ; Weinstein, 1983, 1984*).

3.6. La victimisation et culpabilisation des comportements « déviants » et la mise à distance du risque

Par ailleurs, l'exposition individuelle au risque est approchée en fonction de la distance sociale à la communauté et de l'identification à son style de vie (*Calvez, 2004*). La désignation par les experts de groupes et de comportements à risque « victimise » des groupes cibles de la population. Cette classification est souvent dénonciatrice et tout comportement contrevenant à une recommandation des experts devient synonyme de « déviance »[13] (*Becker, 1985*). La maladie s'attaque alors autant au corps social qu'individuel et les individus déviants doivent faire l'objet d'un contrôle pour le bien de toute la population (*Lupton, 1993*). Dans une société de plus en plus assurantielle, où les risques sont socialisés

[13] Au Vietnam, l'approche de la « positive deviance » (PD) est appliquée aux problèmes de malnutrition infantile par certaines institutions de développement. Elle se réfère au fait que dans certaines communautés, certaines familles ou individus ont des pratiques qui leur permet d'avoir un meilleur état de santé que les autres. Ces comportements sont jugés durables pour la communauté car il s'agit de pairs. Les programmes qui suivent cette approche travaillent avec les membres de la communauté pour identifier les individus qui ont le résultat désiré (par exemple, un bon développement de l'enfant). Ils visent au changement des comportements inappropriés par l'adoption des comportements « positive déviants » (*Sternin & al., 1997*). Bien que cette approche se veuille participative, elle considère, comme son nom l'indique, comme « déviants » les comportements s'écartant des états désirés. Limitant l'éventail des solutions possibles, elle risque de conduire à homogénéiser les pratiques et les façons de pensées. De plus, les pratiques « jugées » mauvaises faisant l'objet de dénonciation, cela peut créer des tensions et discriminations sociales au sein des communautés.

et donc supportés financièrement par l'ensemble de la collectivité, celui qui a un comportement déviant s'expose à un risque et est à la fois victime et coupable (*Peretti-Watel, 1999).*

Selon un agencement de ces catégories entre elles, selon des rapports de subordination, de domination ou d'indépendance, les individus attribueront les risques à des groupes particuliers de la population. Ce phénomène qualifié de « déni du risque » se réfère au fait que les individus jugeraient un risque en se référant et se comparant à des normes ou des stéréotypes. Les individus ont tendance à incarner le risque en désignant des victimes stéréotypées (*Peretti-Watel, 2000*). Si le risque est perçu comme spécifique à un groupe donné, auquel l'individu n'a pas le sentiment d'appartenir ou n'appartient pas, il s'estimera peu ou pas exposé. Ces mécanismes « égo-défensifs » de déni de l'appartenance au groupe à risque seraient des formes de « protection symbolique » et de rationalisation de prises de risque éventuelles. La sélection victimaire rend le risque acceptable dans la mesure où elle le nie, le met à distance en le reportant sur un autrui bien défini (*Peretti-Watel, 2000*). Selon la théorie culturelle, Douglas & Wildavsky *(1982)* expliquent le phénomène de déni du risque, comme une revendication de la non appartenance à un groupe culturel donné.

Ainsi, une communication basée sur la victimisation de groupes cibles de la population et s'adressant à la population en général, aura peu d'impact sur les individus, qui ne se sentiront pas concernés par les messages et pas exposés au risque du fait de leur non appartenance au groupe « déviant ». **Les mécanismes de dénégation et de mise à distance (illusion de contrôle, protection symbolique) rendent le risque plus acceptable.**

3.7. La processus de catégorisation et la pensée classificatoire

Les biais cognitifs et les mécanismes de dénégation des risques ont une importance particulière dans l'évaluation des risques alimentaires, du fait du rapport particulier du mangeur à l'acte alimentaire, par lequel nous incorporons une matière étrangère (*Rozin, 1994 ; Chiva, 1998 ; Fischler, 2001*). L'inquiétude et l'anxiété inhérentes à l'acte alimentaire seraient liées à la pensée magique et classificatoire. La pensée magique fait référence aux croyances et représentations magico-symboliques fondées sur une logique non rationnelle (*Dadoun, 1994*). Elle repose sur des principes fondamentaux notamment le principe d'incorporation (on devient ce qu'on mange), la loi de contagion (transfert de l'une à l'autre des parties en contact de certaines propriétés fondamentales) et la loi de la similitude (image et objet) (*Fischler, 1990 ; Rozin, 1994*). Le processus de catégorisation visant à organiser les

connaissances est important dans le domaine alimentaire car il joue un rôle majeur dans l'apaisement de l'anxiété de l'homnivore (*Chiva, 1998 ; Fischler, 2001*). Ayant tendance à la simplification, la pensée classificatoire tend à ranger les aliments en catégories opposées (bon/mauvais, chaud/froid par exemple) ce qui constitue une source de biais dans l'évaluation des risques. Ainsi, l'alimentation serait par essence risquée et anxiogène et le risque de santé alimentaire ne se limite pas aux aspects physiques mais possède une dimension morale (identitaire et psychologique) (*Muraro-Cochart, 2003a)*

3.8. Conclusion

Le comportement n'est pas linéaire comme le postule les modèles d'éducation nutritionnelle conventionnels. Si les individus ne se conforment pas aux recommandations, ce n'est pas seulement un problème de connaissance. Ils se comportent en réponse à des besoins de cohérence cognitive et sur la base de leur expérience et représentations.

N'étant pas en mesure de traiter toute l'information à disposition, les sujets vont interpréter les évènements et leur donner un sens propre. Les mécanismes psychologiques au niveau individuel (biais cognitifs, déni du risque) permettent de comprendre les paradoxes et décalages existant entre connaissance et comportement. Ils sont particulièrement importants dans le domaine alimentaire, du fait du caractère anxiogène de l'incorporation d'aliments.

Les biais de jugement et les heuristiques contribueraient faiblement à expliquer la perception du risque (*Sjöberg, 2000*). Ces travaux sont basés essentiellement sur les problèmes de calculs de probabilités (probabilités subjectives) et sur la nature de la fonction d'utilité. Or, si les estimations techniques du risque sont parfois un facteur important dans l'évaluation des risques, elles ne le sont pas pour de nombreuses applications (*Shepherd, 1999*). Une autre explication au décalage entre connaissance et application des recommandations serait l'existence d'un décalage entre la manière dont les sujets « profanes » et les experts à l'origine des recommandations se représentent le risque.

4. Des différences de rationalité « experts » - « profanes » : les contributions du paradigme psychométrique à l'analyse multidimensionnelle du risque

4.1. Divergence sur l'acceptabilité du risque

En économie et marketing, les approches utilitaristes sont basées une notion quantitative et technique de l'acceptabilité du risque. Dans ces perspectives, une action préventive sera jugée acceptable si les bénéfices dépassent les risques, c'est à dire si il y a

davantage de « gagnants » que de « perdants ». L'acceptabilité du risque est déterminée pour une personne standard « raisonnable » en excluant celles qui sortent de la « normale ». Or, si certaines personnes seront averses aux risques et chercheront à le réduire en demandant plus de régulation ou de grandes compensations, d'autres y seront indifférentes voire rechercheront à s'exposer aux risques. Ces approches ignorent donc les effets de distribution des risques et des bénéfices au sein de la société. Elles ne considèrent pas les différences individuelles vis à vis de l'acceptabilité d'un risque.

4.2. Une mesure globale des attitudes des consommateurs

Basé sur une vision utilitariste du comportement, le modèle d'éducation conventionnel présente des insuffisances d'ordre méthodologique. Le risque est évalué globalement par sa fréquence et gravité ; un risque perçu élevé est supposé engendrer un changement de comportement. En termes méthodologiques, cela se traduit par la mesure globale des attitudes, sans tenir compte de sa structure tridimensionnelle (cognitif, affectif, conatif). Des échelles permettent ainsi d'évaluer les attitudes générales vis à vis de la santé (*Health Attitude Scale)* ou vis à vis de produits alimentaires (*Food Choice Questionnaire*). Les attitudes vis à vis des risques sont mesurées par l'intensité perçue de l'activité risquée ou déclinées au niveau des différents attributs de produits (modèles multi-attributs ; *Mitchell, 1999*).

Ces échelles d'attitudes générales ne distinguent pas la dimension cognitive de l'attitude, c'est à dire la phase d'évaluation et de perception. Elles ne permettent pas d'expliciter les mécanismes à l'origine de la formation de la perception des risques. L'analyse de la dimension cognitive de l'attitude par la mobilisation des outils du paradigme psychométrique semble pouvoir améliorer la mesure et la compréhension des perceptions individuelles des risques.

4.3. La multidimensionalité de l'évaluation profane des risques

Pour dépasser la vision probabiliste du risque et prendre en compte les dimensions qualitatives définissant son acceptabilité, le paradigme psychométrique étudie les perceptions des caractéristiques du risque.

Le caractère subjectif de l'évaluation individuelle du risque intégrant des dimensions psychologiques et sociales a été mis en évidence par Sowby (*1965*), Starr (*1969*). Ils ont montré que si l'évaluation technique du risque est valide pour certains risques, elle ne l'est pas en revanche pour d'autres risques dont l'individu n'a pas fait l'expérience de manière

directe ou indirecte. D'autres dimensions psycho-sociales entrent dans la perception des risques, comme le caractère volontaire de courir un risque.

Slovic & al. (*1978*), Fischhoff & al. (*1979a*) ont montré que la perception des risques était multidimensionnelle et que la probabilité subjective n'était qu'un élément parmi de nombreux autres. Les notions de rapport bénéfice/risque et de hiérarchisation des risques sont difficilement quantifiables et transposables de manière universelle. Elles dépendent davantage des représentations sociales, des individus, des circonstances et des conditions d'exposition aux risques que des données objectives.

Les travaux de recherche en sociologie et psychologie, en particulier les recherches basées sur le paradigme psychométrique ont mis en évidence que le public a une perception des risques différente de celle des experts. Ils suggèrent que les évaluations profanes des risques sont complexes et qu'elles sont fonction des systèmes de valeurs personnels. Les risques perçus par le public (ou « risques subjectifs » par opposition au « risques objectifs » des experts) intègrent des dimensions psycho-sociales plus qualitatives (*Fischhoff & al., 1978 ; Slovic & al., 1979a ; Slovic, 1992*) basées sur des représentations, des croyances ; la perception des risques sont marquées par des facteurs émotionnels, symboliques et affectifs *(Marris, 1999 ; Kreziak & Joly, 2000).* De plus, les incertitudes scientifiques autorisent différentes compréhensions des mêmes données. Ainsi si l'expert et le profane peuvent partager leurs connaissances, il semble exister des divergences parce qu'elles engagent la culture et les valeurs de chacun (*Wildavsky & Dake, 1990 ; Dake, 1992 ; Douglas & Wildavsky, 1992*). Le décalage entre savoir expert et savoir profane pourrait donc provenir de conceptions du risque et de rationalité différentes et non pas d'un déficit de connaissance des risques « réels » (*Slovic, 1992 ; Fife-Schaw & Rowe, 1996 ; Marris, 1999 ; Peretti-Watel, 2001*).

S'appuyant sur la psychologie et les sciences de la décision, le paradigme psychométrique fournit des éléments d'explication sur la façon dont les « profanes » perçoivent le risque. Il permet de comprendre les raisons qui rendent un risque acceptable pour le public et l'hétérogénéité des perceptions individuelles qui peuvent traduire des inégalités sociales (*Peretti-Watel, 1999*).

D'après les travaux de Slovic & al. (*1985*), le fait que le risque soit accepté, toléré ou suscite au contraire révolte et indignation influence les réactions des consommateurs. Il fait l'hypothèse principale que le risque est subjectif en soi et que sa perception s'intègre dans un processus cognitif qui peut être influencé par une large gamme de facteurs psychologiques,

sociaux, institutionnels et culturaux (*Slovic, 1992*). Slovic & al. adoptent une approche élargie de l'acceptabilité du risque en intégrant les dimensions qualitatives perçues du risque, qui peuvent être regroupées en trois facteurs principaux de crainte pour soi-même et ses proches (*dread),* d'inconnu (*unknown*) et l'étendue du risque (*extend*) (Slovic, *1987).* La grille multidimensionnelle du risque développée par Slovic & al. (*1985*) est un outil intéressant pour comprendre les mécanismes subjectifs déterminant l'évaluation des risques.

4.4. Conclusion

Les décalages observés entre la perception de l'information sur le risque et le choix individuel seraient dus aux différences de rationalité et de perception du problème décisionnel entre les experts et les profanes.

Les travaux en psychologie sociale et cognitive ont mis en exergue que les sujets ne sont pas « irrationnels » et ignorants mais qu'ils ont une rationalité propre. Leur évaluation du risque est plus qualitative que celles des experts et de nature multidimensionnelle. Le public est influencé dans ses attitudes vis-à-vis des risques par un certain nombre de facteurs psycho-sociaux (dont l'affect qui ne sera pas développé dans la thèse) qui l'amènent à entretenir des perceptions personnelles différentes des modèles probabilistes objectifs.

La question de l'acceptabilité du risque s'est affranchie de la rationalité probabiliste et la perception du risque a progressivement été vue comme un obstacle au choix rationnel. Il est devenu important de savoir comment les citoyens se représentent les risques, pourquoi ils jugent que certains risques sont acceptables et d'autres pas. La détermination de l'acceptabilité du risque doit donc prendre en compte les jugement de valeurs individuels. Proposant des outils méthodologiques, le paradigme psychométrique s'avère opérationnel pour l'analyse des perceptions individuelles.

Conclusion : Différentes conceptions du risque et de la santé

Malgré les recommandations en matière de nutrition et l'information croissante des citoyens sur leur santé, les individus ne suivent pas les messages normatifs et s'exposent au risque. Ce décalage entre connaissance des recommandations et comportements alimentaires (mise en œuvre des pratiques recommandées) et les résistances au modèle normatif proposé peuvent être expliqués par des divergences conceptuelles des risques liés à la santé et à l'alimentation.

Les interventions publiques reposent sur un « contrat social » par lequel la population investit implicitement l'Etat d'une responsabilité de gestion pour la protéger contre les risques. L'analyse des risques est à la fois scientifique et politique. C'est l'expertise scientifique qui va constituer la base de la décision politique et de la communication sur les risques. Dans ce processus, les responsables politiques, représentants des électeurs sont supposés agir au nom du bien public. La gestion du risque reposant sur l'hypothèse de recherche de bien-être des citoyens les considère comme des acteurs engagés dans la quête de santé. En considérant la fonction nutritionnelle de l'alimentation comme supérieure aux autres, les interventions font l'hypothèse d'une faible acceptabilité des risques par les populations et donc d'un fort intérêt à améliorer leur alimentation. Or, l'alimentation et la nutrition ne sont pas toujours conçues comme les moyens de parvenir à une maximisation de l'état de santé et de bien être. Les individus ne suivent pas toujours une logique de rationalité économique et ne gère pas leur alimentation pour parvenir en finalité à un idéal de santé.

L'agent arbitre entre un éventail d'objectifs concurrents et pourra selon les situations chercher à atteindre un objectif de plaisir, de reconnaissance sociale, identitaire, etc., c'est à dire à exprimer des valeurs personnelles et sociales.

Cette analyse des risques basée sur une hégémonie du discours scientifique possède une charge idéologique et théorique forte. Elle ne reconnaît pas les valeurs individuelles, voire remet en question les valeurs fondamentales. De plus, l'approche dominante restreint l'autonomie de pensée et d'action individuelle par une communication visant à unifier les perceptions des risques.

La gestion politique consentie par les citoyens concerne les risques qui relèvent de l'aléa, ce qui justifie un basculement dans le champ du calcul probabiliste. Les mesures du risque telles qu'elles sont développées, s'attachent davantage à l'intensité du risque qu'à sa nature, sans tenir compte de ses aspects qualitatifs, notamment de ses dimensions psycho-sociales. Les scientifiques ont une interprétation utilitariste de la demande publique de réduction des risques, alors que la notion de « risque acceptable pour la société » ou de « risque sociétal » ne correspond pas à un ensemble d'évènements probabilisables mais à une façon de penser les rapports interindividuels et de se représenter les évènements. La recherche en sciences sociales (sociologie du risque, psychologie sociale) comme les études empiriques ont montré que les experts et le public ne donnent pas la même signification au risque. Alors que le risque est toujours évalué quantitativement par les experts de façon

analytique et schématique à partir des estimations de la fréquence et de la gravité du risque (risque « réel »), les profanes ont une perception des risques plus complexe, qui prend en compte d'autres dimensions plus qualitatives. Les citoyens ont leur propre façon d'appréhender l'incertitude. Les comportements peuvent être guidés par des représentations et des croyances. Les dimensions psychologiques et sociales de l'alimentation sont particulièrement importantes dans le domaine alimentaire.

La perception des risques a progressivement été vue comme un obstacle au choix rationnel et apparaît un problème politique majeur aujourd'hui : pourquoi les individus s'engagent-ils dans des activités à risque voire recherchent le risque ? Comment perçoivent-ils et évaluent-ils les risques ?

****

Sur la base de ces réflexions, nous présentons nos questions générale et spécifique de recherche, les approches théoriques privilégiées ainsi que notre positionnement épistémologique.

III. LA PROBLEMATIQUE GENERALE DE LA RECHERCHE

1. Objectifs généraux de la thèse et questions de recherche

Ce travail de recherche a pour objectifs de contribuer à la recherche sur le comportement individuel, comme base de connaissances sur les fondements de l'action individuelle. Cette recherche a pour objectif de traiter la question des décalages observés entre la connaissance des recommandations officielles de santé-nutrition et les comportements en lien avec l'alimentation et la gestion des risques nutritionnels. Les objectifs finaux sont d'améliorer l'efficacité de la gestion politique des problèmes nutritionnels et de contribuer à la réduction des maladies liées à l'alimentation.

La question de recherche générale est la suivante :
Pourquoi « les individus ne font pas ce qu'ils savent être bons pour leur santé » ?
et plus spécifiquement :

« Quels facteurs psychologiques et sociaux de la perception permettent d'expliquer les décalages entre le niveau de connaissance (du risque et des recommandations officielles) et les comportements face aux risques nutritionnels ? ».

Ce travail est appliqué à l'étude des **risques nutritionnels liés à l'alimentation (malnutrition par carences et pléthore)** chez les enfants.

2. Approches et voies d'explication privilégiées dans la thèse

L'analyse des comportements liés à l'alimentation étant d'une grande complexité, cette recherche s'inscrit dans **une approche pluridisciplinaire**. Cette thèse multiplie les angles de réflexion et d'explication en mobilisant les concepts et outils :

- de l'**économie,** plus particulièrement les théories de la prise de décision et du risque perçu ainsi que les mathématiques et statistiques associées,
- de la **sociologie** et de la **psychologie sur le risque,** notamment le paradigme psychométrique,
- **des théories sociales et cognitives sur le comportement du consommateur.**

La contribution des sciences sociales, notamment de la socio-anthropologie, de la psychologie et de l'économie comportementale *(behavioral economics)* est aujourd'hui largement reconnue et sollicitée sur les questions de nutrition-santé, notamment pour expliquer les comportements et les choix alimentaires, le rôle et la formation des croyances et des émotions, l'inconsistance temporelle des préférences et les arbitrages individuels.

Deux voies d'explication sont privilégiées pour expliquer les décalages entre connaissance et mise en œuvre des recommandations :

(1) l'étude des déterminants des perceptions individuelles des risques,

(2) l'analyse des liens entre connaissance, perception du risque et comportement.

3. Les postulats et hypothèses de départ

La thèse part du **postulat initial** que **la connaissance n'est pas une condition suffisante à la mise en application des recommandations.**

Cette approche défend l'idée que **les individus ne sont pas « ignorants » et « irrationnels »** mais au contraire que leurs raisons d'agir sont légitimes.

Ce que les experts considèrent comme étant de « fausses croyances » font partie des perceptions collectives que les individus intègrent dans leurs réponses. **La nature différente de la « rationalité » et de la perception entre les acteurs est une hypothèse privilégiée pour expliquer le décalage entre la connaissance et le comportement.**

Du fait que les agents intègrent des valeurs individuelles et collectives dans leur évaluation du risque, modifient et interprètent les informations reçues, une approche par la perception du risque semble justifiée. C'est pourquoi, notre cadre de travail remplace une approche où le niveau d'information serait le facteur déterminant du comportement par une **approche qualitative en termes de risques**, qui met l'accent sur la perception plutôt que sur la connaissance objective du risque et des moyens de prévention et de contrôle.

4. L'étude des déterminants des perceptions individuelles des risques nutritionnels

Adoptant une **approche cognitive**, ce travail de thèse s'intéresse aux différences de perceptions des caractéristiques (quantitatives et qualitatives) des risques entre les individus. De cette façon, il se réfère aux systèmes de valeurs et aux modèles de pensées dont les individus disposent pour appréhender les objets de leur environnement.

Le paradigme psychométrique représente une entrée intéressante pour étudier la perception à partir des dimensions perçues des risques. L'analyse des perceptions permet de comprendre les modalités psychologiques et sociales par lesquelles les individus incorporent les messages préventifs à leur univers de connaissances et de pratiques de gestion des risques et mettent à jour leurs connaissances. De plus, il permet d'analyser les différences individuelles, c'est à dire de considérer les perceptions des individus face à un même risque et non plus seulement un individu rationnel face à différents risques. Cette **décomposition multidimensionnelle du risque** amène à envisager l'information non plus de façon globale, quantitative et uniforme (comme le considèrent les modèles d'éducation conventionnels) mais en termes de perception multidimensionnelle et de gestion différentes en fonction des groupes d'individus, selon les situations et le contexte notamment social et médiatique.

Par ailleurs, ce travail pose la question de l'**existence d'un décalage entre profanes et experts.** La rationalité des experts n'est en effet pas exempte de subjectivité et est aussi qualitative. *Kahneman & al. (1982), Slovic (1987)* ont montré par exemple que quand les experts doivent spéculer au-delà des limites des données disponibles, cela introduit une grande part de préjugés et d'idéologies. McNeil & al. (*1982*) ont mis en évidence que les évaluations expertes sont également sujettes à des biais cognitifs. Une comparaison « profanes » et experts en charge de la communication permettra d'étudier si il existe des différences de perception.

Pour étudier les **différences individuelles dans la perception** des risques (entre experts et « profanes » et entre individus), cette thèse mobilise les **théories du risque et de la prise de décision** (économie, paradigme psychométrique).

Le test du modèle économique d'analyse des risques permettra de conclure quant à l'influence de critères quantitatifs (probabilité, gravité) sur la perception de la crainte des risques (alimentaires et nutritionnels) pour ses proches (ses enfants). De manière à lever d'apparentes contradictions entre visions probabiliste et profane du risque, cette recherche s'appuie sur le paradigme psychométrique pour améliorer le pouvoir explicatif du modèle quantitatif du risque perçu, par la prise en compte d'attributs qualitatifs du risque. Bien que cette approche ait eu un large succès du fait de la simplicité des échelles, de sa vision proche du « sens commun » et de la reproductibilité des données (*Sjöberg & al., 2004*), elle reste cependant peu utilisée en comportement du consommateur. Elle a en particulier très peu été

appliquée à l'alimentation, à l'exception de quelques études dans le domaine de la santé et de la sécurité (*Rethans & Albaum, 1981 ; Holtgrave & Weber, 1993 ; Kreziak & Joly, 2000*).

La mise en questionnaire de l'approche psychométrique et son application à l'étude de la perception des risques nutritionnels représentent des originalités de ce travail. Les études sur l'analyse du risque se sont surtout intéressées aux risques à faible acceptabilité par le public et à forte acceptabilité par les experts (risques liés aux nouvelles technologies alimentaires comme les OGM, risques liés à l'exposition à des éléments chimiques). Il existe de rares études sur les risques alimentaires à forte acceptabilité pour les individus et faible acceptabilité pour les experts, comme les risques de malnutrition et d'obésité liés à l'alimentation.

5. L'analyse des liens entre connaissance, perception du risque et comportement

Dans cette recherche, le rapport au risque n'est pas réduit à une relation linéaire et mécaniste selon laquelle la connaissance détermine les perceptions et comportements. Ces éléments du processus de décision étant considérés comme interactifs, la nature de ces relations sont étudiées, ce qui est très peu analysée dans la littérature sur les modèles de comportements. Pour cela, les acquis des recherches réalisés en **psychologie sociale et cognitive** sur les liens entre connaissance, attitudes et comportements sont mobilisés. Un **apport de la thèse** est de **croiser les pratiques rapportées avec l'état nutritionnel** (mesuré) des enfants.

Faisant l'hypothèse que la perception du risque est liée au traitement et à l'évaluation de l'information, ce travail cherche à mettre en évidence certains **biais cognitifs** (connaissance, état nutritionnel, fréquence du risque, contrôle), susceptibles d'expliquer le décalage entre la perception des risques et la décision.

De manière à compléter l'approche psychologique du comportement, nous analysons les **contraintes économiques et socio-culturelles** à l'adoption des recommandations.

6. Une application à un pays en transition : le Vietnam

Ce travail de recherche présente l'originalité d'avoir été mise en œuvre au Vietnam. Ce pays traverse, depuis les années 1990, une phase de transition économique et nutritionnelle. Marqué par des situations contrastées en termes d'accès au marché (revenus, disponibilité alimentaire, services de santé, situation géographique, etc.), il représente un contexte intéressant d'études des pratiques d'alimentation et d'analyse des perceptions sur les

problèmes liés à une malnutrition par carences persistante et à l'évolution rapide d'une malnutrition par pléthore. Par ailleurs, l'existence d'un système de communication de masse puissant justifie d'autant plus que l'on s'intéresse à ses impacts sur la connaissance et les comportements individuels. La problématique spécifique vietnamienne est présentée de façon détaillée dans la thèse.

7. Positionnement épistémologique de la thèse

7.1. Une approche par les pratiques

Les travaux sur la perception et la réduction du risque en marketing restent focalisés sur les décisions d'achat plutôt que sur la consommation et les pratiques alimentaires (*Brunel, 2002*). L'analyse de l'alimentation est classiquement réalisée aliment par aliment et pas en terme d'équilibre alimentaire et d'alimentation dans sa globalité. Ils étudient surtout les attitudes envers des produits spécifiques ou catégories de produits, de technologies ou d'organisations et peu les attitudes envers les comportements. Ce travail considère que les attitudes envers le risque et le comportement d'alimentation ne se résument pas à un problème décisionnel d'achat de produits mais s'intègrent dans une **gestion des risques** de manière plus globale.

7.2. Entre individualisme et holisme méthodologiques : prise en compte de l'interaction entre les fonctions biologiques, sociales et psychologiques de l'alimentation

Bien qu'il soit accepté que l'alimentation soit un « fait social total » (*Mauss*), cette recherche reconnaît l'importance des déterminants psychologiques sur le comportement *(Durkheim*). Les comportements alimentaires sont envisagés comme des analyseurs du fonctionnement des sociétés et du jeu social. L'alimentation est un marqueur des appartenances et des différenciations sociales, des interactions sociales, des rapports de pouvoirs autour du contrôle de la définition des règles et des droits (*Halbwachs*). En étudiant les pratiques, il est possible d'identifier leurs déterminants socio-culturels (transmission de normes, symbolisme, etc.) et les marges de liberté des acteurs.

Mais cette recherche reconnaît l'interdépendance entre l'environnement (social et physique) et les dimensions biologiques (nutritionnelles) et psychologiques de l'individu. L'approche psychologique se justifie d'autant plus dans les domaines de l'alimentation et de la santé, du fait du rapport particulier du mangeur à l'acte alimentaire et du principe d'incorporation (*Rozin, 1994 ; Fischler, 2001*). Il est donc important de comprendre les

différences individuelles face aux risques. Les comportements individuels sont déterminés socialement mais sont aussi considérées comme participant à leur environnement.

7.3. Une approche cognitive

Au sein du champ du comportement du consommateur, cette recherche est rattachée au concept général d'attitude et à sa composante cognitive (perception et évaluation). Même si certains travaux ont conduit à remettre en cause la primauté du cognitif sur l'affectif dans la formation de l'attitude et à reconnaître l'influence conjointe de ces 2 composantes (*Derbaix, 1975 ; Zajonc & Markus, 1982*), la composante affective interviendrait essentiellement dans le cas de biens culturels. L'attitude envers les produits alimentaires serait essentiellement cognitive.

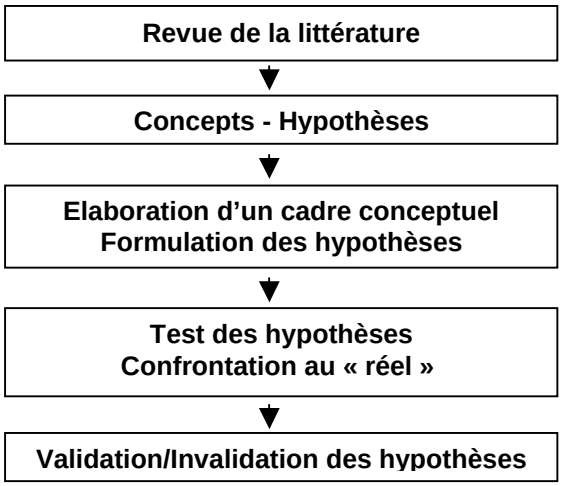
7.4. Une recherche positive mais aussi interprétative

Cette recherche suit une approche positiviste dans la mesure ou elle vise à mettre au jour la causalité sous-jacente à certains comportements. Mais elle s'inscrit également dans une approche interprétative car elle met l'accent sur l'intérêt et la nécessité de porter attention aux significations que les individus donnent à leurs actes pour comprendre les pratiques et leurs raisons (*Dosse).* Pour cela, ce travail a privilégié les entretiens individuels en face en face.

7.5. Une démarche hypothético-déductive

Cette recherche s'inscrit dans **une démarche hypothético-déductive,** selon le schéma présenté ci-après.

Schéma 2 : Démarche de recherche hypothético-déductive



****

Avant de décrire les cadres théoriques et conceptuels mobilisés pour la recherche, nous détaillons dans le chapitre suivant le contexte et la problématique spécifiques au pays d'application de notre travail : le Vietnam. Nous mettons en évidence la transition que traverse ce pays depuis la politique de « rénovation » engagée à la fin des années 1980. L'analyse de la situation nutritionnelle actuelle nous oriente dans le choix des groupes cibles de l'étude. Nous présentons ensuite la politique nutritionnelle vietnamienne et le système de communication actuel sur les risques nutritionnels, en soulevant ses insuffisances.

Chapitre II : La problématique spécifique au Vietnam

INTRODUCTION : LE *DOI MOI* OU POLITIQUE « DU RENOUVEAU »

Depuis 1986, le VIième congrès du parti communiste vietnamien a adopté une politique dite de « renouveau » ou politique du « *Doi Moi* », basée sur une libéralisation du marché (privatisation du commerce, développement des échanges commerciaux avec l'extérieur, ouverture à l'économie mondiale) favorisant la production et les échanges dans le domaine alimentaire en particulier. Il s'est opéré un passage d'une politique économique de type socialiste entièrement planifiée[14] à une nouvelle politique plus ouverte (économie de marché placée sous la gestion de l'état suivant une orientation socialiste), destinée à permettre la transition de l'économie. Cette libéralisation économique a rapidement entraîné un nouveau dynamisme et une croissance de l'ensemble des secteurs, en particulier alimentaire.

Dans ce chapitre, nous présenterons successivement la situation de transitions économique, alimentaire et nutritionnelle depuis le *Doi Moi*. L'évolution rapide des maladies chroniques liées à l'alimentation et la persistance des problèmes de malnutrition par carences conduisent à une gestion politique commune des risques nutritionnels, basée en particulier sur l'éducation et la communication. La politique nutritionnelle et le système de communication vietnamien et ses limites sont finalement développés. Ce chapitre conclut sur les justifications de la problématique de thèse par rapport au contexte vietnamien.

I. LE VIETNAM : UN PAYS EN TRANSITION ECONOMIQUE ET DEMOGRAPHIQUE

1. Une croissance économique soutenue

Ce changement d'orientation a eu des répercussions favorables sur l'économie nationale. Le Vietnam est 112ème en terme de PIB par habitant (sur 177 pays classés) (*PNUD, 2005*). Dans cette période de transition économique, le taux de croissance annuelle du PIB par habitant de 7,3 % entre 1994 et 2004, est encore aujourd'hui de 7,7% (*PNUD, 2005*), du fait du développement rapide des exportations et du dynamisme des investissements.

[14] Economie planifiée : Economie où l'Etat, à travers un ou plusieurs organismes de planification, contrôle la production, les prix, etc. Ce type de régulation est caractéristique des systèmes économiques des pays communistes.

L'affluence des investissements directs étrangers a impulsé le secteur privé, pratiquement inexistant il y a quelques années. Si le secteur agricole occupe encore plus des deux tiers de la population[15], il ne concourt qu'à 21,8% de la richesse nationale. La part de l'industrie (dont la construction) s'élève aujourd'hui à 40,1% et la progression du secteur tertiaire est spectaculaire, atteignant en 2004, 38,1% de la richesse nationale (*PNUD, 2005*).

Tableau 1 : Quelques indicateurs économiques du Vietnam

Indicateurs économiques	Chiffres	Année
PIB par habitant ($)	553,27	2004
Importations (Milliards de $)	26.003	2004
Exportations (Milliards de $)	31.523	2004
Taux d'inflation moyen annuel	9,5%	2004

Source : PNUD, 2005

2. Une diminution de la pauvreté mais des disparités considérables

Avec la croissance économique que connaît le Vietnam et les réformes opérées, le niveau de vie de la population s'est significativement amélioré.

Le taux de pauvreté de la population (pourcentage de ménages ayant un revenu < 60% du revenu médian du pays) a été réduit de 58,1% en 1993 à 28,9% en 2002 (cf. tableau B1 en annexe B). Le nombre de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté alimentaire (ce seuil[16] étant défini comme le niveau minimum de dépenses pour couvrir l'achats d'aliments permettant de satisfaire les besoins caloriques minimaux de 2100 Kcal/jour) est aussi en constante diminution : de 24,9% en 1993, il était de 10,9% en 2002 (*PNUD, 2005 ; BM, 2004 ; GSO, 2000*).

En 1979, un tiers de la population vietnamienne était « sous-nourrie »[17] (nombre de personnes dont la ration alimentaire est chroniquement insuffisante pour remplir les besoins minimaux en énergie). Même si le nombre de personnes souffrant de la faim a diminué constamment (25% en 90-92, 22% en 96-98[18]), 15% des vietnamiens restaient encore en situation d'insécurité alimentaire en 2000 (environ 12 millions de personnes) (*State of food security in Vietnam, 2001 ; Nin, Unicef, 2003*).

Il existe par ailleurs, des disparités fortes entre milieu urbain et rural ; le taux de pauvreté est 5 fois supérieur en milieu rural (35,6% en 2002) qu'en milieu urbain (6,6%). Le taux de pauvreté alimentaire est de 1,9% en zone urbaine contre 13,6% en zone rurale (41,5%

[15] population agricole : 69,4% (FAO, 1999)
[16] Ce seuil était estimée en 2002 à 146.000 VND (7,63 euros) par habitant et par mois en milieu urbain et à 112.000 VND en milieu rural (5,85 euros).
[17] « undernourished »
[18] Cambodge, 33%; Laos : 29% ; Thaïlande : 21% ; Philippines : 21%; Chine : 11% (données FAO 1996-98).

chez les minorités ethniques ; chiffres 2002). Ces différences se retrouvent en fonction des zones écologiques. Les régions (cf. carte des régions et provinces du Vietnam en annexe B) des montagnes du nord, du nord-ouest, des hauts plateaux du Centre et de la côte centre-nord sont les plus pauvres du Vietnam.

En conclusion, la faim et la pauvreté ont reculé au Vietnam et les conditions de vie de sont améliorées. Des inégalités fortes persistent néanmoins : la pauvreté est localisée dans les zones rurales et chez les ethnies minoritaires. Dans les régions rurales des Hauts plateaux, du Centre et des Montagnes, le problème d'insécurité alimentaire reste important. La population rurale reste isolée, rendant le transport des aliments difficile et la disponibilité alimentaire plus faible qu'en milieu urbain (*FAO, 1999*). Elle vit essentiellement de l'auto-consommation.

3. Augmentation des revenus

Les ménages ont bénéficié de la croissance par une augmentation notable de leur revenus, et ce, de façon plus importante en zone urbaine. L'augmentation des revenus a été continue ; le PIB par habitant est passé de 290 US$ en 1998 (*FAO, 1999*) à 553 US$ en 2004 (*PNUD, 2005*). Les rémunérations mensuelles moyennes par personne ont augmenté de 69% entre 1992-93[19] et 2000. La moyenne des rémunérations en zone urbaine est environ 3,7 fois supérieure à celle en zone rurale ; ce rapport s'élève à 4,3 si l'on ne considère que les ménages de Hanoi et Ho Chi Minh. L'écart de ressources entre les ménages urbains et les ménages ruraux semble s'accentué ces dernières années (*Ginhoux, 2001*).

4. Une urbanisation croissante et une population croissante en valeur absolue

La population totale vietnamienne a presque doublé entre 1965 et 1995. Avec une population totale estimée à 79,7 millions d'habitants[20] (dernier recensement de 1999 *; GSO, 2003*), le Vietnam a enregistré une baisse marquée de son taux de croissance démographique pendant les années 1990 (*Khoi, 1996*). Le taux de croissance annuel de la population est passé de 2,1 % en 1989 à 1,44 % en 2004 (*PNUD, 2005*). Cela est du en partie au contrôle des naissances[21]. Le nombre moyen d'enfants par famille, qui était de 6 en 1961, est passé

[19] rémunérations de 1992-1993 converties au coût de la vie de 1998
[20] estimations 2005 de la Banque Mondiale 83,5 millions d'habitants (BM, 2004)
[21] interdiction d'avoir plus de 2 enfants par couple, proclamée en 1961 dans le nord du pays et en 1975 dans le sud

aujourd'hui à 1,9 (*Khoi, 1996 ; PNUD, 2005*). Bien que l'interdiction ait été levée début 2004, le gouvernement affiche encore une volonté de contrôler la démographie.

Les femmes représentent 51,6 % de la population vietnamienne. La population est très jeune : 32,3 % des vietnamiens ont moins de 15 ans, 60,6 % entre 15 et 64 ans et 7,1% a 65 ans et plus. Les enfants de 0 à 5 ans représentent 7,6% de la population et les 5-14 ans en moyenne 24,6% de la population (*GSO, 2000*).

La densité de population[22] est élevée 248 hab/km² en 2004 (*PNUD, 2005*). Le delta du fleuve rouge et du Mékong concentrent 40% de la population sur 16% du territoire, avec des densités de population supérieures à 1000 hab/km², ce qui contraste avec les piémonts du nord (moins de 80hab/km²) ou les hauts plateaux du centre (moins de 50) (*FAO, 1999*).

Le Vietnam connaît une urbanisation croissante et un exode rural important. De 21% en 1996 (*GSO, 2000*), la population urbaine représente 25,9% en 2004 (*PNUD, 2005).*

Plus de la moitié de cette population urbaine se concentre dans quatre grandes villes : la capitale Hanoi (4 millions d'habitants), la ville portuaire de Haiphong (1,9 millions), toutes deux situées dans le delta du fleuve Rouge au nord du pays, la ville de Da-Nang (802.400) située dans la zone côtière du centre-sud et Ho Chi Minh-ville (6,1) dans le delta du Mékong au sud-est du pays (*GSO, 2003*).

5. Conclusion

Depuis la politique du *Doi Moi*, le Vietnam connaît une période de transition économique, marquée par une libéralisation des marchés, une forte croissance économique et une urbanisation grandissante. Bien qu'il y ait eu une diminution nette du pourcentage de ménages pauvres et une amélioration des niveaux de vie, on observe des disparités considérables selon les milieux et les zones géographiques. Les zones rurales des régions montagneuses et des plateaux du centre sont les plus pauvres du pays et vivent encore surtout de l'autoconsommation.

L'importance de la population et l'urbanisation ont conduit à des modifications de la demande, à laquelle le secteur agricole a répondu par une intensification de la production. La population urbaine devrait compter pour une proportion grandissante des besoins énergétiques totaux (*FAO, 1999*).

[22] superficie du Vietnam de 331 114 km² (*PNUD, 2005)*

II. LE VIETNAM : UN PAYS EN TRANSITION ALIMENTAIRE

Accompagnée d'une urbanisation croissante, la croissance économique est à l'origine d'importantes transformations de la consommation alimentaire et des modes de vie, surtout en zones urbaines (Hanoi et Ho Chi Minh Ville) : amélioration qualitative et quantitative des régimes, plus grande consommation de matières grasses, d'aliments riches en protéines (comme les produits animaux) et de produits industriels. Ces évolutions ont eu des incidences sur les problématiques nutritionnelles : alors que persistent des problèmes de malnutrition par carences aussi bien en ville qu'à la campagne, on assiste à l'émergence de maladies chroniques liées à l'alimentation, comme l'obésité.

1. Les changements dans l'offre alimentaire

1.1. Augmentation de la production et de la disponibilité énergétique alimentaire

Le processus de réforme économique s'est focalisé sur le secteur agricole et l'agriculture locale s'est intensifiée. Il a conduit à une nette augmentation de la production agricole[23].

Selon les données de la FAO (*2002*) (cf. tableau B2 en annexe B), sur la période de 1997 à 2001, il y a eu une augmentation de toutes les sources alimentaires d'origine animale : bœuf, lait de vache, porc, volaille, poisson. En 2000, l'élevage de porcs a augmenté de 5%/an et la production de viande de porc de 7% par rapport à 1995 (*MARD, 2001*). La production de bœuf a été multipliée par 1,3 entre 1997 et 2002 (*FAO, 2002*).

Il y a eu également une augmentation de la production des aliments de base : riz et huile végétale. La production de riz paddy est passée de moins de 20 millions de tonnes en 1991 à 32 millions en 2001 (*FAO, 2002 ; Le Thi Hop & al., 2003*). L'augmentation de la production de riz est surtout destinée à l'export (*State of food security in Vietnam, 2001).* Le Vietnam est notamment le 2ème pays exportateur mondial de riz (*FAO, 2002*).

La production de fruits et légumes s'est aussi accrue : les surfaces en légumes ont augmenté de 375.000 ha en 1996 à 445.000 en 2000 (*State of food security in Vietnam, 2001* ; *Thang & Popkin, 2003*).

[23] L'indice de production agricole net calculé par la FAO est passé de 134,1 en 1996 à 159,7 en 2000 (State of food security in Vietnam, 2001) ; il indique le niveau relatif du volume global de la production agricole, pour chaque année, par rapport à la période de référence 1989-1991. Il est calculé en faisant la somme pondérée par le prix de la production des différents produits agricoles, après déduction des quantités utilisées comme semences ou pour l'alimentation animale, pondérées de même. L'agrégat ainsi obtenu représente la production disponible pour toutes les utilisations (hors semences ou aliments pour animaux).

Les prix des aliments ont diminué depuis les années 1990 mais le prix du riz fluctue significativement au cours de l'année[24] (*State of food security in Vietnam, 2001*).

L'augmentation de la production agricole a permis de faire face à l'augmentation de la demande et d'améliorer la disponibilité alimentaire par habitant. La disponibilité énergétique alimentaire ou « *Dietary Energy Supplies* » (DES) par habitant est passée de 2035 Kcal/jour/capita en 1961-63 à 2451 Kcal en 1999 (*FAO, 1999*).

Il faut souligner que l'intensification du secteur agricole s'est accompagnée d'une utilisation croissante d'intrants agricoles et en particulier d'une consommation excessive de pesticides non autorisés (*Tran Khac Thi, 1999*). Elle a provoqué des problèmes environnementaux et sanitaires dont sont surtout victimes les producteurs et les consommateurs. Des résidus de pesticides ont été trouvés en excès sur la plupart des légumes, les fruits, le thé principalement (*Ha Minh Trung, 1999*). Des analyses de la FAO révèlent la présence d'abondants résidus d'antibiotiques dans les produits animaux, de produits de conservation toxiques (tel que le formol dans le *pho*, la soupe traditionnelle vietnamienne, l'urée dans la charcuterie, le borax dans la charcuterie et les poissons, etc.), de colorants interdits (dans 90% des saucisses et sauces tomates) et des métaux lourds dans les emballages alimentaires (*Nguyen Dinh Quang, 1999*). Dans ce contexte, le Comité populaire de la ville de Hanoi a développé en 1995 un programme de promotion pour une filière de légumes de qualité, le programme « légumes propres », mettant l'accent sur la qualité sanitaire (*Figuié, 2004*).

1.2. Changements dans les modes d'approvisionnement : diminution de l'autoconsommation et développement de la restauration de rue et des supermarchés

Le *Doi Moi* s'est également accompagné de changements dans les modes d'approvisionnement à partir des années 1990. Le rationnement alimentaire de la population, par un système de tickets, a disparu pour laisser la place à un marché libre. Durant la période de rationnement alimentaire, la restauration de rue était inexistante ; les initiatives individuelles se sont multipliées depuis, impulsant la vente de rue de produits frais, bruts ou prêts à consommer (*Tuyen & al., 2004*).

[24] L'indice de prix à la consommation (1996 = 100) était de 106,8 en 2000 et la variabilité annuelle des prix alimentaires de gros de 14% en 2000 (*State of food security in Vietnam, 2001*).

L'autoconsommation a diminué en milieu rural ; elle est passée de 43 % en 1992-93 à 36 % en 1997-98 (5 % en milieu urbain) (*GSO, 1994, 2000*).

Un changement majeur dans les modes d'approvisionnement en milieu urbain est lié à l'apparition récente d'hypermarchés et de supermarchés (3 et 72 respectivement en 2001) (*Nguyen Thi Tan Loc, 2002*). Avant 1996-1997, on ne trouvait aucun produit importé dans les diverses boutiques et magasins d'alimentation ; depuis le pourcentage de produits importés vendus ne cesse d'augmenter (*Pila, 2000*). Les premiers supermarchés sont apparus à Hô Chi Minh-Ville en 1995 et leur nombre ne cesse de croître. On en trouve actuellement 41 à Hô Chi Minh-Ville et 33 à Hanoï. Le premier hypermarché du Vietnam a ouvert ses portes en 1998 à Hô Chi Minh-Ville *(Pila, 2000).*

A côté de ces grandes structures de distribution, il y a plus de 300 marchés à Hanoi. Certains sont aménagés dans des halles couvertes, d'autres sont des lieux de regroupements de vendeurs plus ou moins ambulants sur des espaces libres ou dans la rue (*Figuié & al., 2005*).

Le développement de la restauration hors domicile (petits restaurants « *quan binh danh* » ou marchands de rue « *quan luu dong »)* est à souligner. Il représente 17% de part du marché alimentaire du Vietnam, 23% en milieu urbain et 12% en milieu rural (*Figuié & Dao The Anh, 2004).*

1.3. Conclusion

Depuis les réformes du *Doi Moi*, le secteur agricole a connu une forte croissance améliorant la disponibilité alimentaire. Accompagnée d'une consommation excessive d'intrants, elle s'est faite cependant au détriment de la qualité sanitaire des aliments et donc de la santé des producteurs et consommateurs.

Les changements majeurs dans l'offre alimentaire concernent également la disparition des tickets de rationnement et la diminution de l'autoconsommation, en particulier à la campagne. La vente et la restauration de rue se sont développées et représentent une part accrue des dépenses d'alimentation. La multiplication des supermarchés et hypermarchés impulse l'offre de produits importés.

2. Les changements dans la demande alimentaire

2.1. Augmentation des dépenses alimentaires

L'amélioration de la disponibilité alimentaire s'est accompagnée d'une plus grande accessibilité. On assiste à une augmentation nette générale des dépenses (dont les dépenses alimentaires) et des quantités consommées ainsi qu'à une diversification de l'alimentation. La moyenne annuelle des dépenses totales par personne (à prix constant de 1998) a augmenté de 1,43 fois entre 1992 et 2000, 1,6 fois en milieu urbain contre 1,3 fois en milieu rural.. Ginhoux *(2001)* souligne l'écart croissant entre les ménages les plus pauvres et ceux les plus riches[25] d'une part, et entre les ménages urbains et ruraux.

Les dépenses de santé s'élèvent en moyenne à 5% et celles liées à l'éducation à 6% (*GSO, 2000*). L'alimentation représente un poste de dépenses majeur des ménages. La moyenne des dépenses alimentaires par personne a été multipliée par 1,6 entre 1993 et 1998 en prix constants (*GSO, 1994, 2000*). Le quintile le plus pauvre dépense davantage d'argent pour son alimentation (cf. tableau 2). La part du revenu destiné à l'alimentation[26] est de 38% en milieu urbain (47,6% des dépenses des ménages à Hanoi en 2002 ; *GSO, 2004*) et de 51% en milieu rural. Ce taux varie de 62% pour le quintile le plus pauvre (dont 35% des dépenses liées aux aliments de base) à 36% pour le quintile le plus élevé (8%) au niveau national (*GSO, 2000*). Les taux de dépenses alimentaires les plus élevés concernent les régions du nord-ouest (montagnes) et du delta du Mékong. Mais la valeur absolue des dépenses consacrées à l'alimentation augmente avec le niveau de dépenses totales.

Tableau 2 : Composition des dépenses de consommation par quintile et selon le milieu

	Total en %	Quintile 1	Quintile 5	Urbain	Rural
Alimentation, boisson, tabac	52.95	70.69	43.55	44.92	59.21
Aliments de base	15.30	35.37	7.56	8.36	20.72
Autres aliments	24.93	26.28	21.19	21.40	27.68
Aliments & boissons hors foyer	5.19	0.70	7.63	8.28	2.78
Boisson et tabac	3.76	4.23	3.64	3.62	3.87
Non alimentaire	47.05	29.31	56.45	55.08	40.79
Santé	5.22	4.64	5.01	4.24	5.98
Education	6.37	3.22	8.28	7.90	5.17

Source : GSO (2000)

L'analyse des dépenses alimentaires (cf. tableau B3 en annexe B) fait apparaître que les deux postes les plus importants concernent le riz (36% des dépenses en milieu rural contre 17% en milieu urbain ; 51% pour le quintile 1 le plus pauvre contre 16% pour le quintile 5 le

[25] Le quintile le plus riche avait une moyenne annuelle de dépenses 5,5 fois supérieure à celle du quintile le plus pauvre en 1998.
[26] comprend les aliments de base et autres aliments ainsi que les aliments et les boissons consommés hors domicile

plus riche), et la viande (18% et 20% des dépenses en milieu rural et urbain, 12% et 22% pour le quintile 1 et 5 respectivement).

L'alimentation hors domicile[27] (aliments + boissons) est estimée à 21% des dépenses alimentaires des urbains contre 5% pour les ruraux (*GSO, 2000*). Une enquête menée en 1997 à Hanoi rapporte que la consommation journalière hors domicile contribue à hauteur de 30 % des apports journaliers recommandés (660 kcal sur 2 200 kcal/pers/jour) (*Pham, 1997*). Elle a donc une importance considérable en termes de qualité nutritionnelle des régimes urbains.

Conclusion

Ces différentes enquêtes montrent une augmentation des dépenses en particulier alimentaires. Cependant, il existe des inégalités croissantes[28] entre les plus pauvres et les plus riches et entre milieu rural et urbain. Les postes de dépenses les plus importants sont le riz, la viande et aussi l'alimentation hors foyer.

2.2. Les changements dans la consommation alimentaire

Sous les effets de la croissance économique et de l'augmentation des revenus, de l'amélioration de la disponibilité alimentaire, de l'afflux de produits importés et des influences étrangères, la demande et les comportements de consommation alimentaires ont évolué.

Le tableau B4 (annexe B) reprend les données de consommation alimentaire issues des différentes enquêtes de consommation nationale réalisées entre 1987 et 2000.

L'alimentation s'est diversifiée et se caractérise par une diminution de la consommation de riz au profit d'une consommation de céréales plus diversifiée, incluant notamment le blé. Bien que les volumes de consommation de riz au niveau national aient augmenté, la quantité directe de riz consommée par personne a diminué entre 1989 et 2000, en milieu rural (de 166,8 à 152,2 kg/pers/an en moyenne) comme en milieu urbain (de 153,8 à 123,2 kg/pers/an) ; mais la production de produits dérivés du riz, tels que les nouilles de type *pho* ou *bun*, a considérablement augmenté (*Tuyen & al., 2004*). Parallèlement, la consommation de blé a augmenté mais moins dans les communes les plus pauvres qui ont un faible accès à ces produits (problèmes de transport, de circuits de distribution), qui restent à des prix élevés et n'entrent pas dans les habitudes alimentaires (*NIN, 2003*). Le blé est

[27] achat et consommation sur le lieu de vente
[28] Le « Gini index » (qui représente la distribution des dépenses par comparaison des moyennes entre riches et pauvres) était de 0,33 en 1993 et de 0,35 en 1998 (*State of food security in Vietnam, 2001*).

valorisé sous forme de pain et surtout de nouilles instantanées, consommées de plus en plus fréquemment en raison de leur facilité d'utilisation (*Tuyen & al., 2004*).

La consommation de produits animaux s'accroît de façon notable : entre 1989 et 2000, la viande est consommée de 1,7 à 3 plus, respectivement en milieux urbain et rural ; la consommation d'œufs a également augmenté. Alors que dans les années 1980, il était quasiment impossible de consommer de la viande régulièrement, en 1997, la viande est consommée presque tous les jours, sous la forme de porc en premier lieu, puis de bœuf et de volaille. Le poisson est moins fréquemment consommé. Les produits laitiers, consommés actuellement une fois par semaine en moyenne (lait frais ou en poudre, yaourt, crème glacée), étaient quasiment inconnus en 1988 (*Tuyen & al., 2004*).

En 2000, la consommation d'huiles et de matières grasses a été multipliée par 1,4 et 2,3 fois en milieu urbain et rural par rapport à la consommation de 1989. L'huile végétale tend à remplacer la graisse de porc mais la consommation de graisses animales continue à dominer celle des huiles végétales (huile de soja, mélange d'huile de palme et d'arachide) dans un rapport 3/2 (*NIN, 2003*).

Les légumes, fruits, oléagineux, les haricots, le soja et les produits à base de soja (sources de protéine à faible prix, tofu -pâte de soja fermenté-, lait) ont une place importante dans le régime vietnamien. La consommation de fruits a fortement augmenté après 1990, aussi bien en ville qu'à la campagne (dans un rapport 10 à 20 entre 1989 et 2000) ; elle est supérieure dans le sud du pays (zone de production) et les provinces du nord-est (*NIN, 2003*). Elle semble en revanche diminuer plus récemment en milieu urbain si l'on compare les enquêtes VLSS I et II. Ces constats doivent rester prudents compte tenu de la difficulté à mesurer la consommation réelle de fruits, souvent pris hors du domicile et en dehors des repas (*Tuyen & al., 2004*).

Le volume de consommation de sucre et autres produits sucrés (pâtisseries ou les boissons gazeuses) a considérablement augmenté. La consommation de sucre a été multipliée par 6 et 27 fois en milieu urbain et rural entre 1989 et 2000 (*NIN, 2003*).

Encadré 2: Evolution de la consommation alimentaire à Hanoi

L'exemple de Hanoi

Les modèles de consommation à Hanoi ont beaucoup évolué après 1990, marqués par une significative amélioration qualitative et quantitative de l'alimentation *(NIN, 2003 ; Pham, 1997)*. L'ancien régime était surtout à base de riz, maïs, tubercules, de légumes et de haricots. Aujourd'hui, le régime contient moins de riz (-20% entre 1987 et 1994), 3 fois plus de viande, davantage d'œufs, de lait (de 2 à 9 kg/pers/an), presque 10 fois plus de fruits, plus d'huile et de matières grasses et de poisson. La consommation est marquée par une incorporation croissante de boissons sous forme de sodas et de cannettes (la consommation de sucreries est passée de 3 à 16ml entre 1984 et 1995), ainsi que des aliments industriels transformés (saucisses, nouilles instantanées, chocolat), d'où le développement récent de supermarchés pour faire face à cette demande de produits importés (*Pham, 1997*). Par ailleurs, les repas préparés à la maison sont peu à peu remplacés par la restauration et l'alimentation de rue. La consommation hors foyer a pris de l'importance à Hanoi et représente 30% des apports énergétiques journaliers (*Pham, 1997*); ce changement est lié notamment aux contraintes de travail (éloignement, horaires, etc.).

Ainsi, le régime hanoien s'est diversifié, incorporant davantage de produits animaux avec une tendance à délaisser certains produits « traditionnels » comme les tubercules, la poudre de soja, de sésame et d'arachide au profit de produits industriels (*Pham, 1997*).

2.3. Comparaisons urbains-ruraux : réduction des disparités dans la consommation ?

Les ruraux consomment davantage de riz que les urbains. Les racines et les tubercules, principalement le manioc et la patate douce, sont surtout consommés en milieu rural.

Par contre, les études s'accordent sur une consommation de fruits et légumes plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (cf. tableau B4 en annexe B). Les produits animaux (viande, poisson, œufs et lait) ainsi que les matières grasses et le tofu (pâte de soja fermentée) sont plus consommées en ville. Mais les augmentations les plus importantes se rencontrent en milieu rural. La quantité de viande a augmenté de 49% (contre 28% en milieu urbain) et la consommation d'œufs de 141% (contre 36%). Le lait et les œufs restent cependant consommés en faibles quantités, par les urbains comme par les ruraux (*Tuyen & al., 2004*).

La comparaison des données issues d'enquêtes reposant sur les mêmes méthodes permet de conclure à une réduction des différences entre urbains et ruraux dans les quantités moyennes consommées. Cela apparaît de façon évidente pour la consommation de produits d'origine animale ou de ceux relevant de la catégorie « huiles et graisses ». Ce phénomène

apparaît également de façon très marquée pour la consommation de fruits et de sucre, à travers les enquêtes nationales du NIN (*NIN, 1991a, 2003*).

2.4. Différences dans la consommation alimentaire entre riches et pauvres

Une analyse détaillée de la consommation entre le quintile le plus pauvre et les autres quintiles (*NIN, 2003*) montre des différences significatives (cf. tableau B5 en annexe B) dans les quantités consommées par an pour : les céréales autres que le riz (4 fois plus consommés par le 1er quintile), les tubercules (3 fois plus), la viande (1,5 fois moins), les oeufs et le lait (4 fois moins).

On observe que l'écart entre les ménages riches et les ménages pauvres d'une part et les ménages urbains et ruraux d'autre part en terme de quantité consommée pour les produits alimentaires principaux tend à diminuer, contrairement aux disparités de revenus ou de niveaux de dépenses observées (*Tuyen & al., 2004*).

2.5. Résumé

Le *Doi Moi* a entraîné une croissance économique dans tous les secteurs et a conduit à une intensification du système de production agricole. L'augmentation de la production, les réductions des prix des aliments ont amélioré la sécurité alimentaire et les conditions de vie de la population vietnamienne. Le nombre de personnes vivant sous le seuil de pauvreté est en constante diminution et le revenu par personne a significativement augmenté. Mais les changements dans les conditions de vie n'ont pas été uniformément bénéfiques et les minorités ethniques des zones de montagnes souffrent encore de la pauvreté et de l'insécurité alimentaire.

Avec l'amélioration de la situation économique et le pouvoir d'achat des ménages, les comportements de consommation sont en pleine évolution. On assiste à une augmentation nette des dépenses alimentaires et à une diversification de l'alimentation, davantage en milieu urbain qu'en milieu rural. Cependant, même si les inégalités en terme de revenus et de niveaux de dépenses se sont accentuées depuis le début des années 1990, notamment entre le milieu rural et le milieu urbain, il semble en revanche, qu'au niveau alimentaire, les écarts en terme de quantités consommées pour les différents types de produits tendent à diminuer progressivement.

Les modes d'approvisionnement et de consommation changent. La restauration de rue s'est répandue en milieu urbain et représente un apport important de la ration nutritionnelle

quotidienne. L'apparition des supermarchés a contribué à l'expansion des volumes de produits alimentaires importés. La consommation de produits d'origine animale, de matières grasses, de sucre, de blé, et de produits transformés et occidentaux (produits laitiers, boissons gazeuses) s'est développée au détriment de la consommation de tubercules et de céréales.

Ces changements dans la consommation s'accompagnent d'une modification de la qualité nutritionnelle des régimes.

III. Le Vietnam : un pays en transition nutritionnelle

1. Evolution de la valeur nutritionnelle des régimes alimentaires

1.1. Amélioration de la valeur calorique des régimes

Il y a eu une augmentation de la valeur calorique du régime alimentaire entre 1965 et 1985 mais, selon les données sur la consommation alimentaire du NIN (enquêtes de 1990 et 2000), il n'y a pas eu globalement d'amélioration en terme de consommation en énergie depuis 10 ans, restée constante autour de 1930 Kcal par pers/jour (*NIN, 2003*).

En 1987-1989, la ration énergétique moyenne des urbains était inférieure de 17% à la ration recommandée (2164 Kcal calculée par le NIN pour la population vietnamienne) ; les disparités demeuraient importantes, puisque 32 % de la population disposait alors d'une ration journalière apportant moins de 1 800 Kcal tandis que 24 % avait une ration supérieure à 2 400 kcal (*NIN, 1991a*). La proportion des ménages ayant un apport énergétique < 1800 Kcal a diminué à 17,9% en 2000 au niveau national et celle dépassant les 2400 Kcal a augmenté à 32% (*données 2000 ; NIN, 2003*). Mais il existe des différences fortes selon le milieu : le pourcentage de ménages dont les apports sont inférieurs à 1800 Kcal est supérieur en milieu rural (21%) qu'en milieu urbain (17%) et il y a plus de familles recevant des apports énergétiques de plus de 2400 Kcal en milieu urbain (35%) qu'en milieu rural (24%). Les apports énergétiques recommandés (entre 2100 et 2400 Kcal) sont atteints pour 21% des ménages ruraux et 23% des ménages urbains. Ainsi, les inégalités existantes en termes de pouvoir d'achat se répercutent sur la qualité des régimes, meilleure en milieu urbain et dans les communes les moins pauvres.

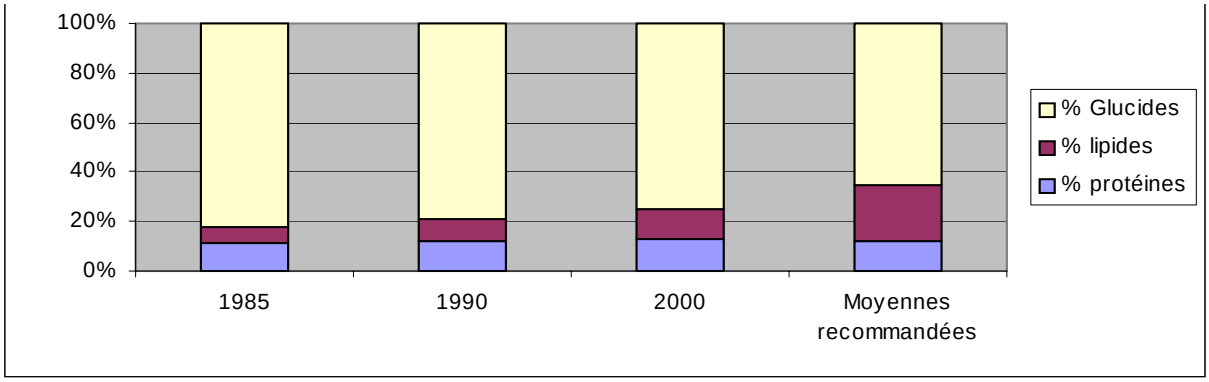
1.2. Amélioration de la qualité du régime

La qualité du régime s'est améliorée et les apports en protéines et en lipides sont en hausse sur le début des années 1990 (*FAO, 1999 ; NIN, 1991b, 2003*). L'énergie provenant des protéines animales et des lipides (en particulier d'origine animale) augmente avec le PIB,

à l'image de ce que l'on observe dans d'autres pays où l'on constate que plus le PIB augmente, moins l'énergie provenant des glucides (amidon) est importante, et plus l'énergie provenant des aliments sucrés (saccharose) augmente (*Khoi, 1996 ; FAO, 1999*).

Le régime est plus équilibré en 2000 (P:L:G[29] = 13,2 :12 :74,8) qu'en 1985 (P:L:G = 11,2 : 6,2 : 82,6 ; *NIN, 1991a/b, 2003*) (cf. graphe 1). La consommation en protéines atteint les apports recommandés (cf. tableau 3). La proportion d'énergie provenant des lipides a fortement augmenté entre 1985 et 2000, de 6,2% à 12% mais elle n'atteint pas les apports recommandés. La ration énergétique est caractérisée par une contribution importante de glucides. La quantité accrue de lipides et de protéines est due à une plus grande consommation de produits animaux. Il y a eu un changement dans la qualité des protéines consommées, les protéines animales comptant pour 33,5% des protéines totales consommées en 2000 (19,1% en 1985. De même, la part des lipides d'origine animale dans les lipides totaux a augmenté.

Graphe 1 : Evolution de la valeur nutritionnelle du régime au Vietnam entre 1985-2000



Sources : NIN, 1991 ; NIN, 2003

Tableau 3 : Caractéristiques du régime vietnamien entre 1985 et 2000

Nutriments	Moyenne en 1985 (NIN, 1991)	Moyenne en 1990 (NIN, 1991)	Moyenne en 2000 (NIN, 2003)	Apports journaliers recommandés pour les populations (OMS & FAO, 2003 ; NIN, 2003)
Energie (Kcal)	1.925	1.928 ± 199	1.931 ± 446.4	2400
Protéines				
Total (g)	52.4	57.6± 7.3	61.9 ± 18.6	
Protéines animales/prot. totales	19.1%	26.7 %	33.5 %	
Lipides				
Total (g)	12.8	17.5 ± 5.4	24.9±17.0	
Lipides animaux/lipides totaux	42.2%	58.6%	60.78%	
Energie provenant de (%) :				
Protéines	11.2	12.3	13.2	10 – 15 %
Lipides	6.2	8.4	12.0	15 – 30 %
Glucides	82.6	79.3	74.8	55 – 75 %

Sources : NIN (1991b) ; NIN (2003) ; OMS & FAO (2003)

1.3. Une comparaison urbain-rural dans la qualité de l'alimentation

A la fin des années 1980, l'alimentation des urbains était, selon les enquêtes, du même ordre, légèrement moins riche en énergie, que celle des ruraux (cf. tableau B6 en annexe B). L'enquête du NIN de 2000 fait également apparaître des apports énergétiques inférieurs en milieu urbain. La plupart des enquêtes montrent une faible augmentation de la valeur énergétique des rations des urbains, mais elles n'appréhendent pas correctement la consommation hors domicile. Jusqu'en 1994, ces enquêtes se sont limitées à la consommation au domicile. Seules les enquêtes VLSS II de 1997-98, du NIN 2000 et l'enquête sur les changements alimentaires des habitants de Hanoi en 1997 prennent en compte la consommation hors domicile. On peut donc faire l'hypothèse que les enquêtes de 1994, qui ne prennent pas en compte la consommation hors domicile, sous-estiment de 30 % la valeur énergétique de la ration des urbains. Si l'on applique ce correctif aux données de 1994, on obtient alors une donnée de consommation énergétique pour les urbains supérieure à celle des ruraux (*Tuyen & al., 2004*).

Le pourcentage d'énergie provenant des protéines et lipides a augmenté depuis 1984 à la ville comme à la campagne, au détriment des glucides.

La comparaison de la valeur nutritive du régime des urbains et des ruraux dans la dernière enquête du NIN fait apparaître que la ration des urbains est plus riche en protéines et en lipides d'origine animale. La part des protéines animales dans la part des protéines totales a augmenté de 1984 à 2000, à la fois en milieu urbain et en milieu rural ; cette tendance est moins claire pour les lipides d'origine animale.

1.4. Diminution des dépenses énergétiques en milieu urbain

Parallèlement à l'ingéré énergétique, il ne fait aucun doute que la dépense énergétique ait diminué surtout en milieu urbain (bien qu'il n'y ait pas de données disponibles en matière de dépense énergétique). Les urbains évoluent vers un mode de vie plus sédentaire (développement des transports motorisés, des équipements à domicile comme la télévision, l'ordinateur, etc.), contrairement à la grande majorité des ruraux soumis encore à des tâches manuelles et à des déplacements importants à pied ou en bicyclette (*Tuyen & al., 2004*). Il n'est donc pas étonnant *a priori* qu'une progression de l'indice de masse corporelle apparaisse en ville avec une consommation énergétique du même ordre qu'en milieu rural.

[29] Protéines, Lipides, Glucides

1.5. Résumé

Selon les données sur la consommation alimentaire, il semble peu y avoir de différence en terme d'apports énergétiques depuis 1990, tandis que les apports en protéines et en lipides sont en hausse. Le Vietnam est en phase de transition nutritionnelle. Alors qu'avant le *Doi Moi*, l'alimentation était surtout constituée de riz, poisson et légumes, de peu de viande et de matières grasses, aujourd'hui, la part des aliments glucidiques dans la ration a diminué au profit de la consommation de matières grasses et d'aliments riches en protéines, surtout de nature animale. Cette évolution s'accompagnerait parallèlement d'une diminution des activités physiques en milieu urbain, faisant émerger des maladies chroniques liées à l'alimentation.

2. Amélioration de l'état de santé et de nutrition de la population vietnamienne

Ces transformations des régimes et leur amélioration quantitative et qualitative, combinées au développement des services de base et de santé ainsi que de leur accès ont eu des incidences bénéfiques sur la situation nutritionnelle de la population vietnamienne. Les enquêtes menées par le centre de statistiques et l'institut de nutrition vietnamiens montrent un meilleur état de santé et de nutrition général de la population résultant en une diminution globale des taux de malnutrition dans l'ensemble du pays.

L'Indicateur du Développement Humain[30] (IDH) a augmenté, passant de 0,611 en 1995 (120ème rang dans le classement relatif à l'IDH) à 0,691 en 2004, selon le dernier rapport annuel du PNUD (*2005*).

Le taux de mortalité infantile (enfants de moins de 5 ans) est passé de 157‰ en 1960 à 50‰ en 1984 (*FAO, 1989*) et serait[31] aujourd'hui de l'ordre de 26‰ (*PNUD, 2005*). L'amélioration la plus remarquable se situe au niveau des zones urbaines, où la mortalité infantile a diminué de près de moitié entre le recensement de 1989 et celui de 1999 (*FAO, 1999*) ; ce taux a reculé en milieu rural mais reste élevé, surtout dans les régions montagneuses (selon la même source).

L'espérance de vie à la naissance a nettement progressé entre 1965 et 2002, passant de 47 et 50 ans respectivement pour les hommes et les femmes à 66,7 et 70,4 ans (*FAO, 1999 ; PNUD, 2005*).

[30] L'IDH est la valeur moyenne de 3 indicateurs : l'espérance de vie à la naissance, le niveau d'éducation, calculé à partir du taux d'alphabétisation des adultes et des taux de scolarisation du primaire à l'enseignement supérieur et le niveau de vie, mesuré par le PIB par habitant.
[31] 44‰ selon le rapport de la FAO de 1999

Tableau 4 : Indicateurs démographiques et d'éducation au Vietnam

Indicateurs démographiques et d'éducation	Chiffres	Année	Sources
Espérance de vie à la naissance	67,8 ans pour les deux sexes	2000	CNHSS, 2002
	69,0 ans Femme : 66,7 ans Homme : 70,4 ans	2002	PNUD, 2005
Taux de mortalité chez les moins de 5 ans[32]	26,0‰	2002	PNUD, 2005
Taux de natalité[33]	15,0‰	2003	PNUD, 2004
Indice de fécondité (nombre de naissance par femme)	1,9	2002	PNUD, 2005
Taux de mortalité maternelle (morts pour 100.000 naissances)	130	2002	PNUD, 2005
Taux d'alphabétisation des adultes (plus de 15 ans)	91,0%	2002	PNUD, 2005
Taux de scolarisation primaire	93,9%	2002	PNUD, 2005
Taux de scolarisation jusqu'à l'école secondaire	65,0%	2002	PNUD, 2005
Taux de scolarisation dans l'enseignement supérieur	38,0%	2000	PNUD, 2005
Accès à l'eau potable	43,0%	1998	OMS, 1999 WRI, 1999
Accès à des installations sanitaires	53,0%	1998	OMS, 1999 WRI, 1999

Les services de base (éducation, santé) autrefois pris en charge par l'état et accessibles à tous et gratuits, se libéralisent partiellement (*Monvois, 2003*).

2.1. Diminution de la prévalence de la malnutrition (par carences) dans la population vietnamienne

a. Une diminution de la malnutrition infantile très inégale

a.1. Les enfants de 6 à 24 mois comme groupe à risque

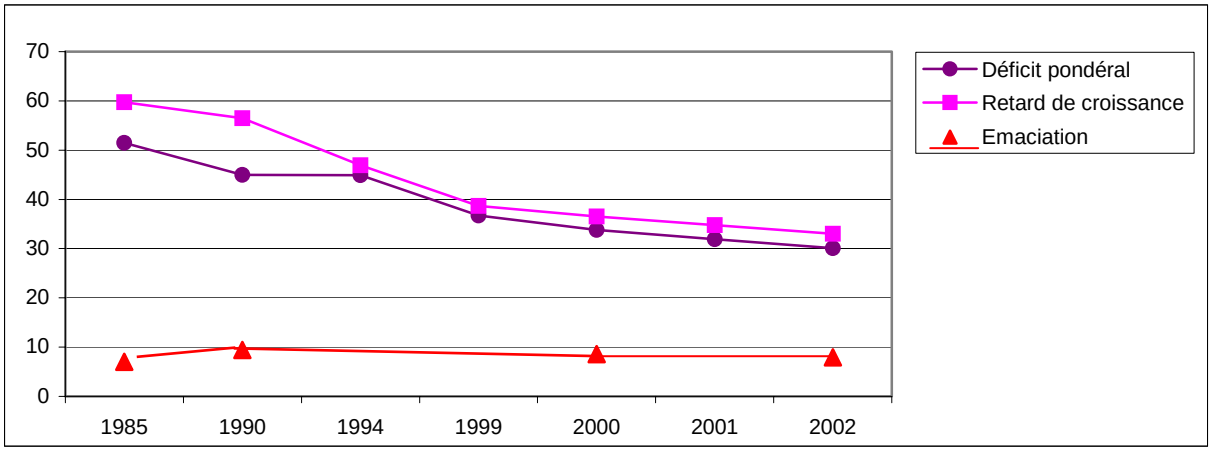
Les différentes enquêtes de consommation et de suivi anthropométrique des enfants conduites par le NIN[34] montrent que depuis 1985, il y a eu une réduction de la prévalence de la malnutrition infantile (enfants de moins de 5 ans) au Vietnam (cf. graphe 2 et tableau B7 en annexe B). Le taux moyen de réduction de la prévalence de retard de croissance a été de 1,5% par an de 1985 à 2002 (*Nin & Unicef, 2003*). Les prévalences nationales[35] d'insuffisance pondérale et de retard de croissance, qui étaient respectivement de 51,5 et 59,7% en 1985 ont diminué à 30% et 33% en 2002 pour les deux sexes *(NIN, 1991b ; Nin & Unicef, 2003*). La prévalence d'émaciation a fortement augmenté de 7% à 11,6% entre 1985

[32] Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes.
[33] Nombre de naissances au cours d'une année, exprimé en pourcentage de la population ou pour 1 000 habitants.
[34] NIN, 1980, 1985, 1995, 1997, 2003 ; NIN/UNICEF, 1998
[35] Après l'établissement du Nin en 1980, les méthodes et les échelles de classification utilisées ont été celles recommandées par l'OMS ; 3 indicateurs reflètent la malnutrition infantile par comparaison avec la population internationale de référence (NCHS) : *le sous-poids (underweight) = rapport Poids/Age < - 2 SD (standard de déviation), indicateur composite des effets à court et long terme; *le retard de croissance (stunting) = Taille/Age < -2 SD, reflétant une malnutrition chronique, des problèmes de croissance à long-terme ; *l' émaciation (wasting) = Poids/Taille < -2 SD, signe de malnutrition aiguë.

et 1994, diminuant à 7,9% en 2002. Aucune différence significative n'a été observée dans la prévalence du sous-poids, de retard de croissance et d'émaciation entre filles et garçons.

En conclusion, les 3 indicateurs sont en baisse et la malnutrition chronique a significativement diminué (- 26,7% entre 1985 et 2002).

Graphe 1 : Evolution de la malnutrition infantile (insuffisance pondérale, retard de croissance, émaciation) au Vietnam entre 1985 et 2000



Sources : NIN (1991a/b ; 2003) ; Nin & Unicef (1994, 1998, 2003) ; Le Thi Hop & al. (2003)

Même si la prévalence de la malnutrition a baissé, la vitesse de diminution n'est pas identique **selon la sévérité** : la malnutrition régresse plus rapidement dans les groupes souffrant de malnutrition modérée (2ème degré) et sévère (3ème degré) (*NIN, 2003*).

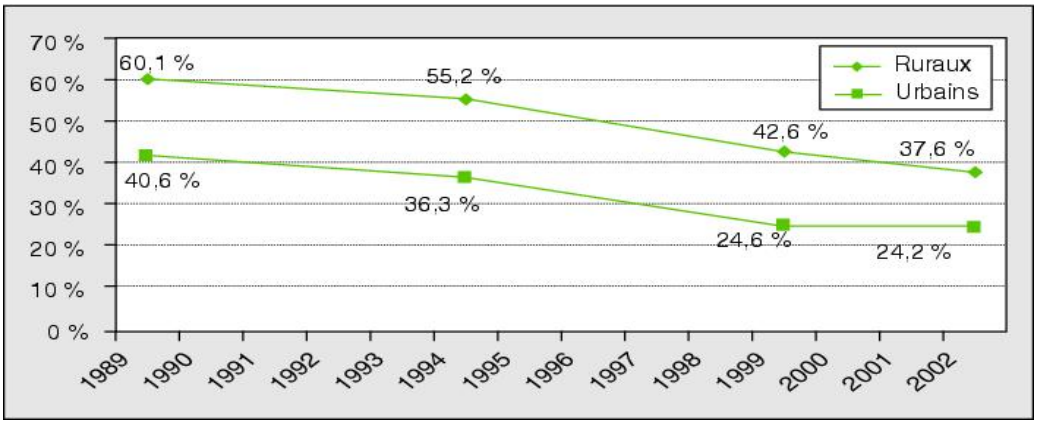
La distribution de la malnutrition est fonction de l'âge également : la prévalence de la malnutrition enfantine (enfants de moins de 12 mois) est la plus basse pour tous les indicateurs, mais elle augmente avec l'âge (*NIN, 1991, 1994, 2003 ; Nin & Unicef, 1994 ; Khoi, 1996*). **Les groupes les plus à risque sont les enfants de 6-24 mois.**

a.2. Une malnutrition élevée en zone rurale et dans les minorités ethniques

Des différences significatives sont observées entre milieu rural et urbain.

Le graphe 3 montre une diminution sensible de la proportion d'enfants (de moins de 5 ans) présentant un retard de croissance entre 1987 et 2002 en zones urbaine comme en zone rurale.

Graphe 2 : Évolution du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans en milieu rural et urbain au Vietnam

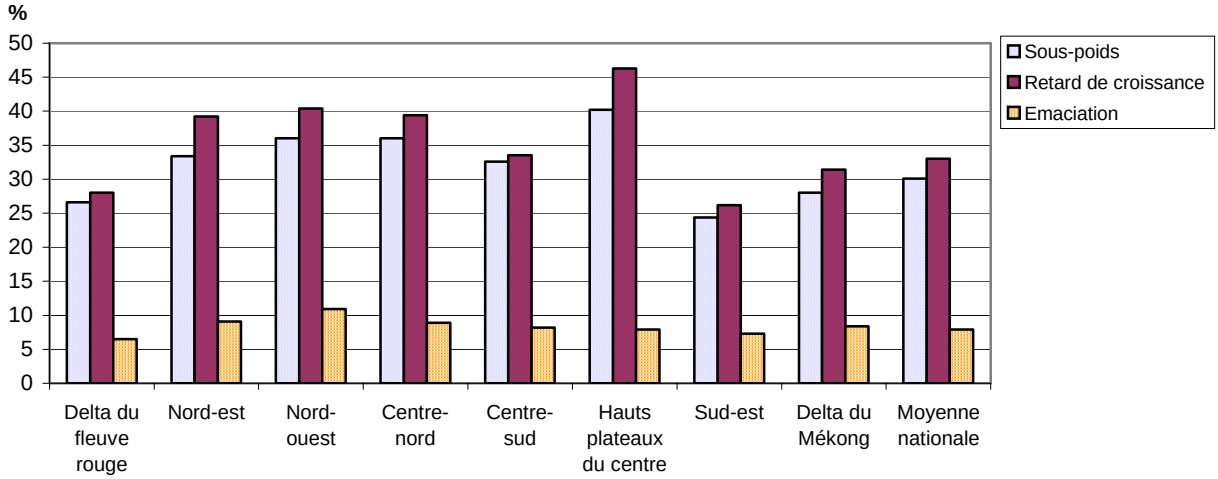


Sources : GSO (2000) ; NIN, 1991a, 2003 ; données NIN non publiées ; In : Tuyen & al. (2004)

La prévalence du retard de croissance demeure plus élevée en zone rurale qu'en zone urbaine : en 2002, cette forme de malnutrition touche près de 38 % des enfants de moins de 5 ans en zone rurale et 24 % en zone urbaine (contre 60 % et 41 % respectivement en 1989).

La malnutrition se distribue de façon inégale aussi selon les régions et provinces (cf. tableau B8 en annexe B). L'enquête réalisée en 2002 par le NIN et l'Unicef (*2003*) indique qu'il y a plus de la moitié des provinces[36] du pays où le sous-poids concerne plus de 30% des enfants (prévalence très élevée) et où le retard de croissance touche entre 30 et 40% des enfants de moins de 5 ans (élevée). On voit donc que, à l'exception de quelques provinces, la malnutrition reste un problème significatif dans l'ensemble du pays.

Graphe 3 : Indicateurs de malnutrition infantile par zone écologique au Vietnam



Source : Nin & Unicef (2003)

[36] Le pays compte au total 61 provinces.

Le graphe 4 montre les disparités existant dans le pays selon les régions. Les prévalences de sous-poids et de retard de croissance sont plus élevées dans les régions des hauts-plateaux du centre (**40,2% et 46,3%** respectivement en 2002 ; *Nin & Unicef, 2003*) et les régions du nord ouest et du centre nord où elles s'élèvent à **36% et 40%** en moyenne en 2002. Ces zones sont peuplées de minorités ethniques souffrant de grande pauvreté. Elles sont les plus basses dans la région du sud-est (15 et 10% à Ho Chi Minh ville en 2002) et dans le delta du fleuve rouge (17 et 15% à Hanoi).

a.3. Une malnutrition liée à la pauvreté

Le tableau suivant présente la distribution de la malnutrition selon les quintiles de revenus, selon les données de l'enquête du GSO de 1997-98 (*GSO, 2000*). Les prévalences de sous-poids et de retard de croissance sont très supérieures (plus de 2 fois) dans le 1er quintile que dans le 5ème. La malnutrition touche essentiellement les ménages les plus pauvres.

Tableau 5 : Prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans selon les quintiles de revenus

	TOTAL des enfants de moins de 5 ans (en %)		
	Poids/Age	Taille/Age	Poids/Taille
Total	36,1	29,4	7,6
Quintile 1	42,8	33,6	8,2
Quintile 5	18,0	16,1	6,6

Source : GSO (2000)

a.4. Des liens avec l'état nutritionnel de la mère

La malnutrition est associée à une forte prévalence des maladies infectieuses et parasitaires et au mauvais état nutritionnel des femmes enceintes. Au Vietnam, le gain de poids pendant la grossesse est seulement de 6,6 kg en milieu rural et de 8,4 kg en milieu urbain (pour un poids recommandé de 9-10 kg*) (Khoi, 1996*) et une faible prise de poids peut engendrer des complications de retard de croissance Intra-Utérine (*OMS, 1995*). La mère souffrant de malnutrition chronique a un risque accru de donner naissance à un enfant de faible poids (ou *Low Birth Weigh,* LBW), étant défini par l'OMS comme un poids en dessous de 2,5 kg à la naissance; ce poids est un indicateur de l'état nutritionnel et de santé de la mère pendant la grossesse (*OMS, 1995*). Ce seuil est le déterminant le plus important de la mortalité néonatale et postnatale, ainsi que de la morbidité infantile et d'un développement inadapté dont la malnutrition (*OMS, 1995*). Au Vietnam, la prévalence de LBW était de 14% en 1996 la plus basse à Hanoi (9%) (*NIN & al., 1995 ; Khoi, 1996*). La malnutrition aux premiers stades de l'enfance a des répercussions sur l'état nutritionnel futur.

a.5. Résumé

La malnutrition infantile a reculé significativement au Vietnam mais ce phénomène cache d'importantes variations. Elle reste très élevée en milieu rural, dans les familles pauvres et dans les minorités ethniques du pays. Le groupe à risque sont les enfants de 6 à 24 mois, justifiant l'introduction de farines de complément au lait maternel. La malnutrition est liée aux maladies infectieuses et parasitaires et à l'état nutritionnel de la mère pendant la grossesse. La malnutrition chez la mère augmente les risques de faible poids à la naissance, qui sont liés à la malnutrition infantile.

Au Vietnam, la malnutrition concerne aussi les enfants en âge scolaire et les adultes.

b. La malnutrition touche aussi les enfants en âge scolaire

La prévalence de la maigreur[37] (*undernutrition)* de degré 1 chez les enfants de 6 à 14 ans, s'élevait à 32,8% en 2000 et est identique pour les deux sexes. Elle est plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain (34,2% contre 26,3% respectivement), dans les familles les plus pauvres (35% dans le 1er quintile contre 25% dans le 5ème) (*NIN, 2003*).

La malnutrition touche davantage les enfants de 11-14 ans (42,9%) par rapport aux enfants de 6-10 ans (27,0%) et 15-19 ans (25,5%) (*NIN, 2003*).

Après 1985, la croissance a été marquée en termes de taille et de poids des enfants (en moyenne 4 cm de plus entre 1985 et 1994) ainsi que des adultes (2 et 1 cm de plus et 1 à 3 kg de plus respectivement pour les hommes et les femmes entre 1985 et 1994), alors qu'il n'y pas eu de changement constaté entre les années 40 et 80 (*Khoi, 1996*).

Les résultats de différentes enquêtes[38] révèlent une différence notable chez les enfants entre zones urbaines et rurales dans l'évolution de la croissance en taille et en poids. Un enfant de 7 ans est plus petit en milieu rural (3,7 cm en moins) et est moins gros (3,2 kg en moins) qu'en milieu urbain (*NIN, 2003*).

---

[37] L'état nutritionnel des enfants de 6-14 ans a été évalué **dans l'enquête du NIN de 2000 (NIN, 2003), selon la c**lassification de l'IMC (Indice de Masse Corporelle = Poids (kg)/Taille² (m)) par l'OMS (1995) :
BMI < 16.0 : 3ème degré de maigreur
BMI de 16.0 à 16.9 : 2ème degré de maigreur
BMI de 17.0 à 18.4 : 1er degré de maigreur
BMI de 18.5 à 24.9 : normal
BMI de 25.0 à 29.9 : surpoids
BMI de 30.0 à 34.9 : 1er degré d'obésité
BMI de 35.0 à 39.9 : 2ème degré d'obésité
BMI >= 40 : 3ème degré d'obésité

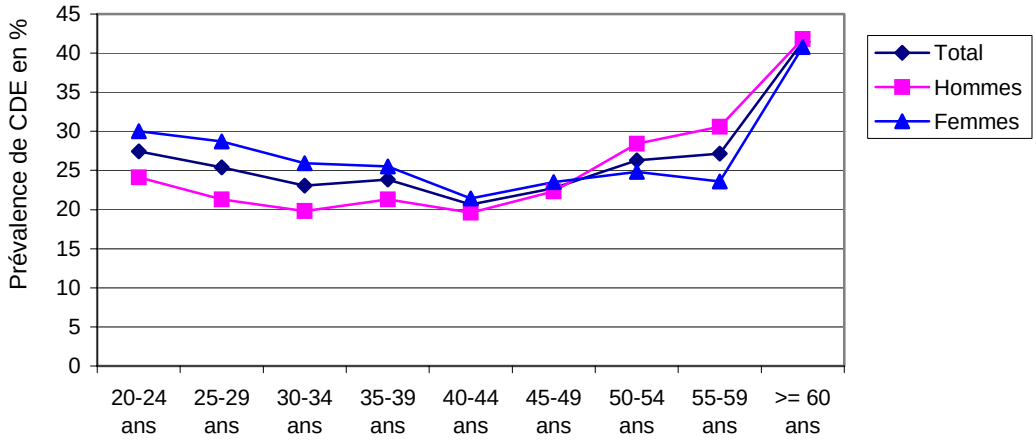
[38] Biological constant of Vietnamese1975; Enquêtes nutritionnelles du NIN de 1985 et 1990 ; Living Standard survey du State Planning Committee en 1994

c. La malnutrition chez les adultes au Vietnam : les femmes enceintes et allaitantes comme groupe à risque

Au Vietnam, la malnutrition[39] concerne aussi les adultes. La valeur moyenne de l'indice de masse corporelle (IMC) est de 19,83 kg/m2 pour les deux sexes (*GSO, 2000*). Les résultats des enquêtes menées par le NIN indiquent une amélioration de l'état nutritionnel des adultes, indiqué par la réduction de la prévalence de Déficience Energétique Chronique (ou CED *Chronic Energy Deficiency ;* IMC <18,5) de 38% en 1990 à 26% en 2000 pour les deux sexes (*NIN, 2003*).

La CED diminue avec l'âge (plus faible chez les 40-44 ans) puis s'élève ensuite ; elle est la plus élevée chez les plus de 60 ans (41,3%). Elle est plus faible chez les hommes jusqu'à 45-49 ans et plus élevée que chez les femmes ensuite (cf. graphe 5).

Graphe 4 : Prévalence de la déficience énergétique chronique chez les plus de 20 ans



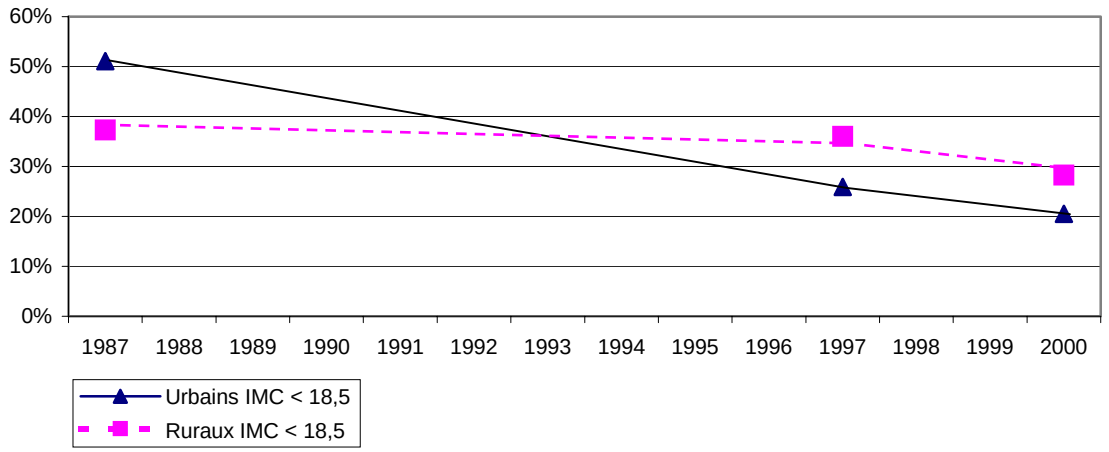
Source : NIN (2003)

Chez les femmes en âge de procréer (20-49 ans), la prévalence de CED a régressé de 33,1% en 1990 à 26,3% en 2000 (*NIN, 2003*). Elle affecte surtout les femmes enceintes et allaitantes. L'enquête du Nin et de l'Unicef en 2002 (Nin, Unicef, 2003) révèle qu'1,2% des femmes entre 20 et 49 ans présentent une maigreur de degré 3 et 5,1% de degré 2.

[39] L'état nutritionnel des adultes (> 20 ans) a été évalué lors de l'enquête du NIN en 2000, suivant la classification de l'OMS (1995) et de l'IDI (International Diabetes Institute) et de WPRO (Western Pacific Regional Office, 2000) :
BMI < 16.0 : 3ème degré de maigreur
BMI de 16.0 à 16.9 : 2ème degré de maigreur
BMI de 17.0 à 18.4 : 1er degré de maigreur
BMI de 18.5 à 22.9 : normal
BMI de 23.0 à 24.9 : surpoids
BMI de 25.0 à 29.9 : 1er degré d'obésité
BMI de 30.0 à 34.9 : 2ème degré d'obésité
BMI >= 35.0 : 3ème degré d'obésité

En 1987, le taux de maigreur était supérieur en milieu urbain. Ce taux a considérablement baissé en milieu urbain, et la situation entre urbains et ruraux s'est progressivement inversée, de sorte qu'en 2000, 20,5 % des femmes en âge de procréer sont en situation de CED en zone urbaine contre 28,3 % en zone rurale (contre 51,1 % et 37,3 % respectivement en 1987) (cf. graphe 6).

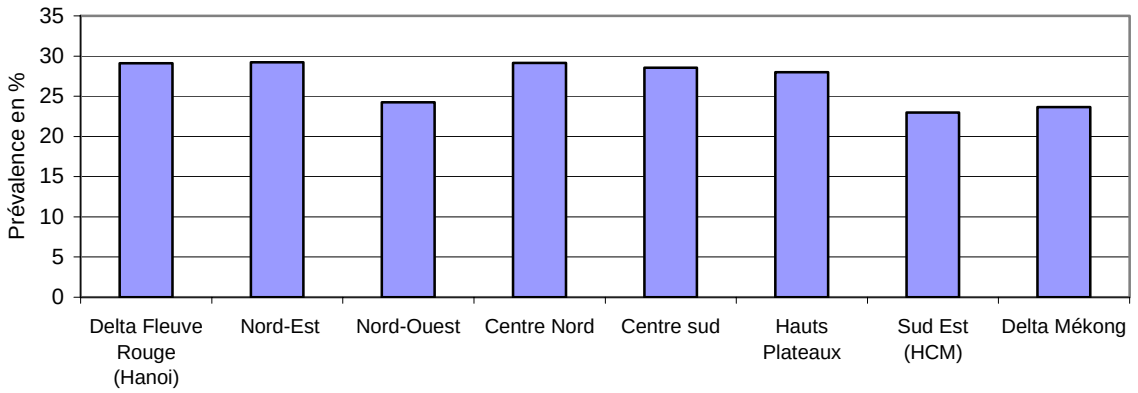
Graphe 5 : Evolution de la prévalence de CED chez les femmes en âge de procréer (20-49 ans) en milieux rural et urbain au Vietnam



Sources : NIN (1991a, 2000, 2003) ; in : Tuyen & al. (2004)

L'enquête du NIN montre que la prévalence de CED est supérieure dans le nord à l'exception du nord-ouest (cf. graphe 7). Elle est la plus faible dans le sud-est (Ho Chi Minh Ville) et dans le delta du fleuve rouge (Hanoi). Elle est supérieure dans les communes les plus pauvres par rapport aux autres communes (respectivement 26% et 24% chez les femmes de 20-49 ans ; *NIN, 2003*).

Graphe 6 : Prévalence de CED chez les plus de 20 ans en fonction des régions écologiques au Vietnam



Source : NIN (2003)

En résumé, la malnutrition protéino-énergétique chez les enfants en âge scolaire et les adultes a significativement reculé durant les deux dernières décennies. Elle reste néanmoins élevée chez les enfants de 11-14 ans et les femmes en âge de procréer, particulièrement chez les femmes enceintes. Comme pour la malnutrition infantile, elle est localisée surtout en zones rurales, dans les régions où vivent les ethnies minoritaires. Elle est la plus faible dans le sud-est (Ho Chi Minh Ville) et dans le delta du fleuve rouge (Hanoi). Elle est liée à la pauvreté.

d. Une malnutrition liée à des carences en micronutriments

Les données des hôpitaux, des enquêtes épidémiologiques et de l'enquête nationale de nutrition réalisée par le NIN et l'Institut d'ophtalmologie entre 1985 et 1989 estimaient que la population vietnamienne souffrait de carences en micronutriments, dont les plus répandues étaient les carences en vitamine A, en fer et en iode. Elles sont aujourd'hui en partie contrôlées par la mise en place de programmes de supplémentation et de fortification des aliments.

d.1. L'avitaminose A

La carence en vitamine A et la xérophtalmie touchent particulièrement les enfants en âge préscolaire. La prévalence de la cécité crépusculaire et des signes cliniques de xérophtalmie est plus élevée chez les garçons. Les formes actives de la maladie sont plus fréquentes vers l'âge de 2-3 ans. Les troubles oculaires associés à l'avitaminose A sont plus fréquemment rencontrés chez les enfants présentant une malnutrition protéino-énergétique et sont corrélés aux rougeoles et infections du tractus respiratoire et digestif. La carence en vitamine A est étroitement liée aux pratiques d'alimentation des enfants : allaitement maternel, âge d'introduction des aliments de compléments, consommation de légumes) (*Khoi, 1996).*

Durant la dernière campagne (2001) de distribution périodique de capsules, 78% des enfants de 6-36 mois recevaient de la vitamine A et 52% des mères après l'accouchement (*Nin & Unicef, 2003) ;* 67 % des enfants à Hanoi (*Nin & Unicef, 2001*).

Le taux de morbidité par carence en vitamine A et par xérophtalmie a diminué dans tout le pays. En 1988, le pourcentage d'enfants souffrant de xérophtalmie était de 30% contre 4% en 1994 (*NIN, 1998*). La carence sub-clinique en vitamine A chez les enfants et les mères qui allaitent perdure cependant avec des conséquences sur la morbidité et la mortalité : l'enquête nationale de 2000 sur l'anémie indique que sa prévalence est en moyenne de 54%

chez les femmes qui allaitent et 12,4% chez les enfants de moins de 5ans *(Nin & Unicef, 2003).*

d.2. L'anémie

L'anémie nutritionnelle est un problème sérieux chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. L'anémie due à une carence en fer (anémie ferriprive) touche 34% des enfants de moins de 5 ans, 24,3% des femmes non enceintes, 32% des femmes enceintes contre 9% des hommes. L'anémie ferriprive a été réduite en 10 ans de 10 à 20% chez les enfants et les femmes. Le pourcentage d'anémie est aussi important chez les hommes, ce qui pourrait s'expliquer par les infections parasitaires à ankylostomes (*Nin & Unicef, 2003).*

L'anémie ferriprive est plus fréquente dans les zones rurales éloignées. En 1995, 59% des femmes enceintes premiers mois de leur grossesse (49% des moins de 5 ans) étaient anémiés en milieu rural contre 48% (38%) dans les villes. Le pourcentage d'anémie était plus conséquent chez les enfants de moins de 5 ans dans le plateau du centre et dans le sud (*Nin & al., 1995 ; Khoi, 1996).*

d.3. La carence en iode

La carence en iode était sérieuse et commune au Vietnam, surtout dans les populations montagneuses de 1876 à 1986, la morbidité moyenne par goitre était de 34,7% ; le crétinisme touchait 1 à 7% de la population (enquête épidémiologique sur le goitre menée par l'OMS ; *Khoi, 1996*). En particulier dans les régions où l'accès est difficile (montagnes, plateau central), la morbidité était de 50 à 80%, le crétinisme de 5-8%; dans ces régions, il était estimé que 5-10% de la population ne pouvaient pas compléter l'éducation scolaire primaire. En 1993, l'Unicef et l'institut d'endocrinologie ont réalisé une enquête chez les enfants en âge scolaire de 8-12 ans dans 29 provinces et villes : 94% souffraient de carence en iode, dont 16% de carence sévère, 55% de carence modérée et 23% de légère carence. Dans la région du delta, la carence en iode était la plus basse et la morbidité par goitre variait de 6 à 29% (*Unicef, 1994 ; Khoi, 1996* ; *NIN & CPCC, 1998).*

Les enquêtes réalisées en 2000[40] ont évalué à 10 le pourcentage d'enfants de 8-10 ans atteints de goitre (*Nin & Unicef, 2003*). Les populations les moins vulnérables ont été rencontrées dans le delta du fleuve rouge.

[40] National survey on iodine deficiency and mother's knowledge, attitude and practice on IDD et iodised salt, 2000; National survey on iodine deficiency in children aged 8-10 years old, 2000

La carence en iode a été considérablement réduite après l'enrichissement du sel en iode (*US Iode Program* initié en 1994) et l'encouragement de la population par le gouvernement à l'utilisation du sel iodé depuis janvier 1995. En 2000, 78% des ménages l'employaient mais on note une variation inter-régionale, l'utilisation de sel iodé étant la plus faible dans le delta du Mékong (55%) et la plus élevée dans le delta du fleuve rouge (97%) (*NIN & CPCC, 1998 ; Nin & Unicef, 2003).*

En conclusion, au cours de la dernière décennie, la lutte contre les carences en micro-nutriments (par des campagnes de supplémentation ou de fortification) a permis d'obtenir d'importantes améliorations de l'état de nutrition de la population. Néanmoins, les carences en vitamine A et fer pèsent encore sur des segments spécifiques de la population, plus particulièrement les femmes enceintes et qui allaitent ainsi que les enfants de moins de 5 ans. De plus, d'autres carences non décelées aujourd'hui semblent néanmoins exister, comme la carence en zinc *(NIN & CPCC, 1998).*

e. Conclusion : persistance de certaines formes de malnutrition dans certains groupes de la population vietnamienne

Malgré le développement économique et des indices de santé améliorés, différentes formes de malnutrition persistent au Vietnam, notamment dans les populations les plus vulnérables localisées en zones rurales, dans les régions montagneuses du nord, le centre nord et les hauts plateaux du Centre. Cela démontre des inégalités sociales et économiques, les groupes à hauts risques étant les pauvres, ruraux, appartenant aux minorités ethniques.

Globalement, même si les taux de malnutrition ont diminué au Vietnam, les prévalences de CED et de malnutrition infantile restent élevées. Par ailleurs, alors que certaines formes de malnutrition ont été progressivement contrôlées, comme les déficiences en vitamine A (par la distribution de capsules médicamenteuses) et en iode (par l'iodisation du sel*)*, la malnutrition protéino-énergétique et l'anémie ferriprive chez les enfants (de moins de 5 ans en particulier) et les femmes enceintes et allaitantes génèrent des problèmes de santé publique non résolus et prioritaires au Vietnam (*MOH, 2001 ; FAO, 1999 ; NIN, 2003*). Au Vietnam, la prévalence de la malnutrition infantile est l'une des plus importantes en Asie (*NIN, 1996 ; Khoi, 1996* ; *FAO, 1999* ; *Nguyen Thi Bich Van, 2002*), en particulier chez les enfants de moins de 5 ans.

Ces formes de malnutrition co-existent avec une prévalence élevée de maladies infectieuses et parasitaires, le paludisme et les maladies respiratoires (*Khoi, 1996*). Elles sont

liées à l'insuffisance en quantité et qualité (insécurité alimentaire), à la pauvreté et aux inégalités socio-économiques, à la faible utilisation des services de santé, à des soins inadéquates ainsi qu'à des pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant jugées inadaptées. Une initiation de l'allaitement maternel trop tardif, une introduction précoce d'alimentation de complément au lait, la préparation inappropriée des bouillies (faible densité énergétique) associée à une faible fréquence de distribution des repas, ne permettent pas de couvrir les besoins nutritionnels du bébé (*Gret, Nin & Ird, 2004*).

Ces malnutritions ont d'importants coûts sociaux et économiques, du fait de la morbidité et mortalité qui les accompagnent. Les coûts économiques de la malnutrition et les pertes humaines attribuables à la malnutrition au Vietnam sont énormes : en 1998, 29% de la mortalité infantile étaient imputables à la malnutrition protéino-énergétique (180.000 enfants en 1998 ; coûts[41] estimés à 0,3% du PIB par an), 7% aux carences en vitamine A et 12% à l'anémie ferriprive ; 1% du PIB par an est alloué au traitement des carences en iode (*NIN, CPCC, 1*998). Pour les décideurs politiques, la conséquence majeure économique de la malnutrition est une productivité réduite des adultes et des pertes additionnelles du fait de troubles cognitifs (altération du développement physique et mental, diminution des capacités d'apprentissage et de travail) causés par les carences nutritionnelles chez les enfants (*NIN, CPCC, 1*998).

2.2. De « nouvelles » maladies liées à l'alimentation

Parallèlement aux maladies infectieuses et aux malnutritions par carences en énergie et micronutriments, le ministère de la santé vietnamien affiche une forte inquiétude vis à vis des nouvelles maladies liées à l'alimentation, qui émergent et évoluent rapidement du fait des changements de régime et des modes de vie (diminution des activités physiques notamment). On assiste à une augmentation de la prévalence de surpoids et à l'émergence de maladies chroniques relatives à l'alimentation, comme l'obésité, les maladies cardio-vasculaires, le diabète sucré et l'hypertension (*NIN, 2003* ; *Khoi, 2003*). Ce phénomène est observé surtout dans les classes aux revenus élevés et dans les grands centres urbains (comme Hanoi et Ho Chi Minh ville).

[41] Les coûts estimés comprennent les soins, la mise en œuvre des programmes d'intervention, les investissements en équipements, etc.

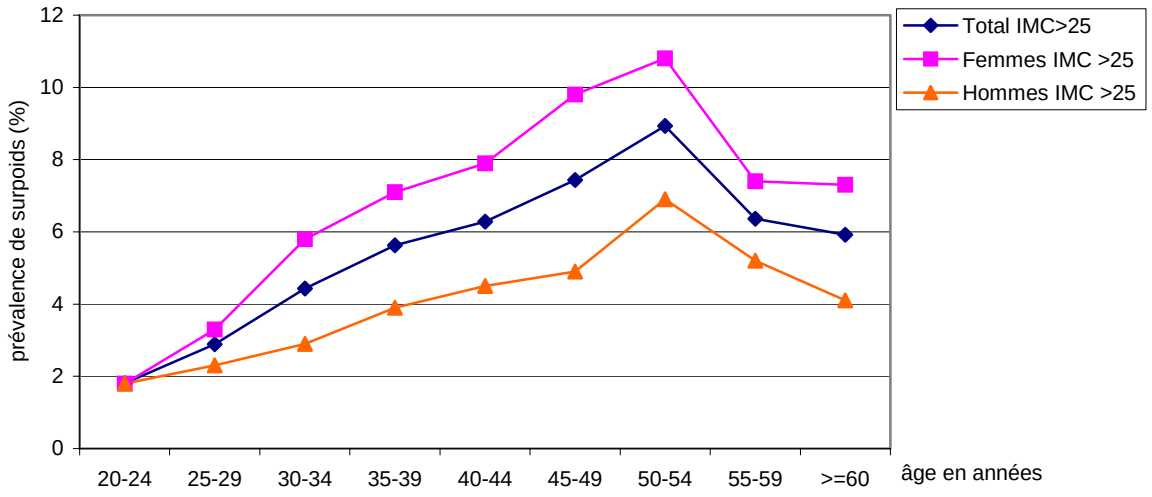
a. Augmentation de la prévalence de surpoids

a.1. Chez les adultes

Alors qu'une proportion négligeable **des adultes** présentait un surpoids (et une obésité) en 1985 (0,4% en zone urbaine et 0% en zone rurale ; *Khoi, 1996),* la prévalence de surpoids a évolué significativement, comme ce qui est observée dans le reste du monde. Elle était de 5,6% en moyenne en 2000 (dont 0,5% d'obésité) chez les adultes de plus de 20 ans pour les deux sexes (*NIN, 2003*). Mais de fortes différences apparaissent entre milieu urbain et rural, entre sexe et selon les classes d'âge.

Chez les adultes (plus de 20 ans), la prévalence du surpoids est supérieure chez les femmes que chez les hommes, de 6,8 et 4,1% respectivement (cf. graphe 8). Comme le montre le graphe 8, la prévalence du surpoids augmente avec l'âge. Elle est plus importante chez les 40-54 ans avec un pic dans la tranche d'âge des 50-54 ans chez les deux sexes (*NIN, 2003).*

Graphe 7 : Prévalence de surpoids en fonction de l'âge et du sexe chez les plus de 20 ans au Vietnam



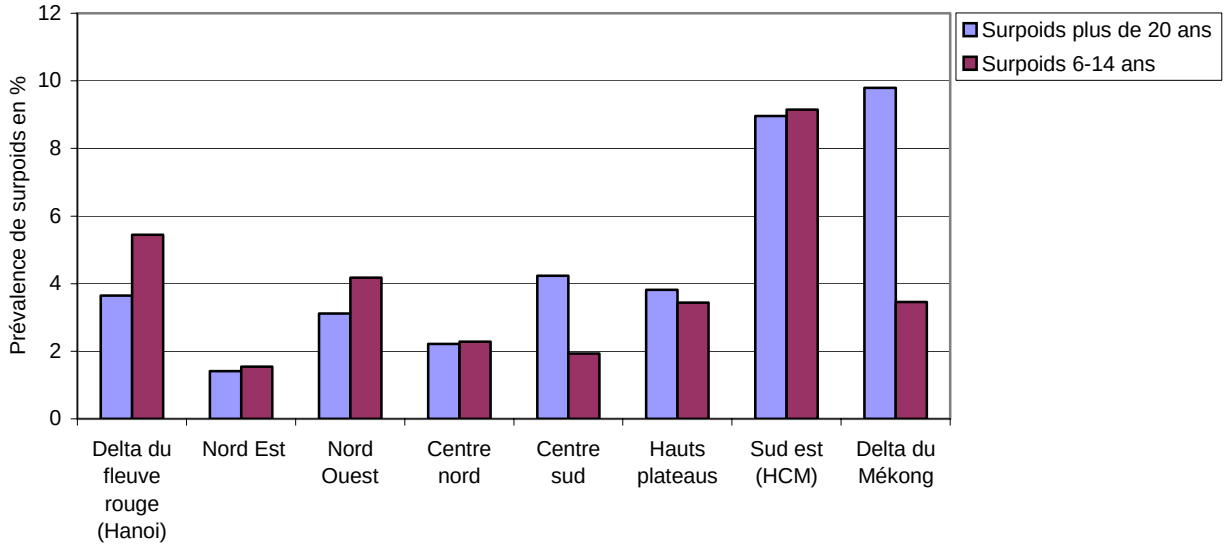
Source : NIN (2003)

Elle est plus de deux fois supérieure en milieu urbain qu'en milieu rural (7,6% contre 3,3%).

Chez les **femmes en âge de procréer**, la prévalence de surpoids était en moyenne de 5,6% (dont 0,5% d'obésité) en 2000 (1,7% en 1990). Elle est plus élevée en milieu urbain (10,8%) qu'en milieu rural (3,8%).

La prévalence du surpoids (surpoids et obésité) chez les femmes en âge de procréer est la plus basse dans les communes pauvres (0,8%) par rapport aux autres communes (6%), plus élevée dans les régions du sud est (HCMV) et du delta du fleuve rouge (Hanoi) où elle égale à 7,6% (cf. graphe 9 ; *NIN, 2003*).

Graphe 8 : Prévalence de surpoids en fonction des régions au Vietnam



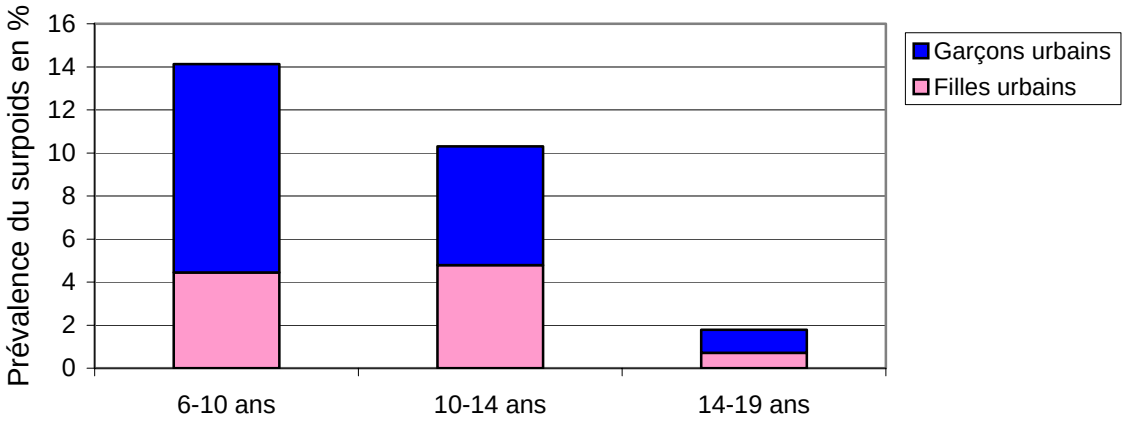
Source : NIN (2003)

a.2. Chez les enfants en âge scolaire

Les **enfants en âge scolaire** représentent un autre groupe à risque de surpoids. 2,2% des enfants de 6-14 ans sont en surpoids. La prévalence moyenne de surpoids est largement supérieure en milieu urbain qu'en milieu rural (6,6 et 1,2% respectivement) et dans les classes de revenus les plus importantes (5,7% contre 0,9%) (*NIN, 2003*).

La prévalence du surpoids est plus élevée chez les garçons que chez les filles. Elle est supérieure chez les 6-10 ans (2,4%) que chez les enfants de 11-14 ans (1,9%) ou de 15-19 ans (0,5%). La prévalence du surpoids chez les enfants de 6 à 10 ans en milieu urbain est de 7,6% (10,8% en milieu urbain/suburbain) contre 1,3% en milieu rural ; elle est de 9,7% pour les garçons contre 4,5% pour les filles de cette même classe en milieu urbain (alors que les filles sont autant en surpoids que les garçons chez les 10-14 ans) (cf. graphe 10 ; *NIN, 2003*).

Graphe 9 : Prévalence de surpoids chez les enfants de 6-19 ans en milieu urbain en fonction du sexe et de l'âge au Vietnam



Source : NIN (2003)

Le surpoids concerne davantage les familles à hauts revenus de la population (6,9% de surpoids chez les enfants de 6-10 ans dans le quintile 5 contre 1,1% dans le 1er) et celles dont le nombre d'enfants est faible (*NIN, 2003 ; NSW Health Surveys 1997, 1998*). Les prévalences de surpoids sont supérieures dans la région du sud (Ho Chi Minh ville) et le delta du fleuve rouge (Hanoi) et que dans les autres régions (cf. graphe 9). Parmi les enfants de 6-11 ans à Hanoi, la prévalence de surpoids est de 10,4% (*NIN, 2004, données non publiées*). Une enquête du NIN dans un district du centre de Ho Chi Minh ville montre que 12,2% des enfants de 6 à 11 ans en 2000 présentaient un surpoids et 2,6% des enfants de moins de 5 ans dans une étude réalisée en 1996 (*NIN, 2003*).

a.3. Résumé

La prévalence de surpoids a augmenté significativement chez les femmes en âge de procréer et les enfants en âge scolaire. Chez les enfants, la classe des 6-10 ans et surtout les garçons y sont exposés. Le surpoids (et l'obésité) survient dans les familles à hauts revenus, en milieu urbain, dans les régions du sud (Ho Chi Minh ville) et du delta du fleuve rouge (Hanoi).

b. Montée des autres maladies chroniques chez les adultes

On observe une prévalence accrue de diabètes et de maladies cardio-vasculaires. Les données de l'hôpital Bach Mai et de l'hôpital d'endocrinologie montrent que le nombre de diabétiques dont ceux de type 2 a augmenté (*Khoi, 2003*). Le pourcentage de diabètes chez les plus de 15 ans (4912 personnes) était de 1,2 à l'échelle nationale, 1% à Hanoi et à Hue et 2,5% à Ho Chi Minh ville en 1994 (*Khoi, 1996*).

Les cas de maladies cardio-vasculaires augmentent aussi rapidement, surtout chez les plus de 60 ans (*MOH, 2001*). Le pourcentage d'accidents artériels coronariens a progressé de 4,5% en 1965 à 14% en 1985. En 1996, le pourcentage d'hypertension était de 10,7% (1% 1960) (*Khoi, 1996*).

3. Conclusion : Le Vietnam, un pays en transition économique et nutritionnelle mais à contrastes marqués

Avant le *Doi Moi*, le Vietnam devait faire face à de nombreux problèmes : la productivité agricole était faible, les villes connaissaient d'importantes difficultés d'approvisionnement et les malnutritions par carence étaient encore répandues dans les villes comme dans les campagnes.

Depuis les années 1990, se sont opérés de grands changements liés à la transition vers une économie de marché. L'augmentation des revenus et l'accès croissant à des produits transformés et importés ont modifié les styles de vie et engendré des changements sociaux importants. Le développement économique n'a cependant pas bénéficié à tous les groupes de la population et a créé des inégalités marquantes en termes de revenus, de sécurité alimentaire et d'état nutritionnel, entre le milieu urbain et rural, entre les régions et à l'intérieur d'une même commune selon les catégories socio-économiques. Alors que les deux deltas du Mékong et du Fleuve Rouge ont connu un développement économique accéléré, les provinces côtières du Centre et les montagnes du nord et les hauts plateaux sont les plus pauvres du Vietnam. De plus, la libéralisation a généré des différenciations dans la population pour l'accès aux biens et aux services notamment de santé.

Si l'état de santé et de nutrition de la population s'est globalement amélioré, les prévalences de malnutrition restent élevées chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes. La situation nutritionnelle est très contrastée selon les situations géographiques. Alors qu'en milieu rural, les problèmes de malnutrition restent la source majeure de préoccupation de santé publique, en milieu urbain, les risques nutritionnels ne sont plus de même nature et on assiste à la coexistence des problèmes de malnutrition et de suralimentation. Avec l'augmentation des niveaux économiques, les apports énergétiques de la ration augmentent, avec la consommation de matières grasses et d'aliments riches en protéines (produits animaux). Les changements dans les modes de vie et d'alimentation liées à l'urbanisation et l'amélioration des revenus d'une classe de la population a engendré une augmentation du surpoids (et de l'obésité) en particulier chez les enfants (de 6 à 10 ans) et les femmes, en milieu urbain (notamment à Hanoi et à Ho Chi Minh ville).

Cette situation rend la gestion des risques plus complexe, d'autant que la malnutrition et l'obésité seraient liées. L'état nutritionnel des mères, surtout pendant la grossesse et la lactation, affecte significativement la santé de l'enfant ; la malnutrition pendant les étapes critiques de la croissance de l'enfant augmenterait la vulnérabilité aux maladies à l'âge adulte, comme l'obésité, les maladies cardiaques et le diabète de type 2 (*Barker, 2003*).

La transition que traverse le Vietnam se caractérise par :

- une croissance démographique en diminution (transition démographique);
- le passage d'un régime à base de céréales, tubercules et légumes à un régime plus riche en viande, matières grasses, sucre et produits industriels transformés (transition alimentaire);
- une diminution des pourcentages de morbidité et de mortalité dus aux infections bactériennes et une montée des affections chroniques (transition épidémiologique);
- une augmentation du taux de surpoids et une réduction du taux de personnes en sous-poids (transition nutritionnelle).

Le Vietnam est un pays qui peut être dit en « transition nutritionnelle » (*Khoi, 2003*) caractérisé par la co-existence de troubles liés à une suralimentation et des maladies liées à une malnutrition par carences.

IV. LA POLITIQUE NUTRITIONNELLE AU VIETNAM ET LA COMMUNICATION SUR LES RISQUES NUTRITIONNELS

1. Les objectifs sur la période de 2000 à 2010

1.1. Réduction de la pauvreté et amélioration de la sécurité alimentaire

La prévention et le contrôle de la malnutrition (protéino-énergétique et en micronutriments) et de l'obésité sont affichés comme des objectifs prioritaires de santé publique du gouvernement vietnamien. Ces maladies sont reconnues de la responsabilité du secteur de la santé (*Giay & Hau, 2000*).

Le 16 septembre 1995, le gouvernement du Vietnam a ratifié le plan d'action national pour la nutrition (NPAN, *National Plan of Action for Nutrition*) (*MOH & NIN, 1995*). La réduction de la pauvreté est un volet prioritaire du plan, dans l'objectif d'impulser la croissance économique. Le programme de « réduction de la pauvreté et de stratégie de

croissance »[42] intervient à l'échelle régionale en soutenant les activités productives des groupes défavorisés, en apportant des infrastructures dans les zones rurales pauvres (dont les marchés ruraux pour stimuler le marché) ou en fournissant des crédits de court-terme pour la consommation (Banque des politiques sociales). Peu d'actions sont menées envers les urbains pauvres *(Figuié & Truyen, 2005).*

La question de la consommation alimentaire est également traitée à travers un programme de sécurité alimentaire[43]. Il a pour but d'améliorer la sécurité alimentaire des foyers pauvres, des groupes ethniques et des groupes vulnérables (enfants et mères) et de réduire le nombre de foyers à « risque »[44] (*Le Thi Hop & Nguyen Cong Khan, 2002).* Cependant, les tentatives menées au niveau des ménages ont échoué du fait d'un manque d'engagement et de participation individuelle *(Figuié & Truyen, 2005).*

1.2. La prévention et le contrôle des malnutritions

Conjointement au programme de réduction de la pauvreté et d'amélioration de la sécurité alimentaire, la politique nationale en matière de nutrition s'appuie actuellement sur la Stratégie Nationale de Nutrition définie de 2000 à 2010 (*National Nutrition Strategy 2001-2010).* Elle a pour objectif d'améliorer l'état sanitaire de la population vietnamienne (nutrition et soins pour toutes les familles) et les conditions d'accès des minorités ethniques à « une alimentation adaptée à leurs besoins nutritionnels » *(MOH, 2001).*

L'établissement des politiques et des programmes de nutrition se fait sur la base du modèle conceptuel de la « sécurité nutritionnelle »[45], initialement élaborée par l'UNICEF (1990). Il illustre de façon schématique (cf. annexe C) l'articulation des causes de malnutrition (*Delpeuch & Maire, 2004).*

Dans le cadre de la stratégie nationale, le comité de protection et de soins des enfants[46] a été désigné en 1998 par le ministère de la santé pour coordonner les programmes nationaux de santé et de nutrition. Décentralisé au niveau des districts et communes, ce comité collabore avec les différents secteurs concernés (santé, éducation, planification familiale), les différentes institutions (secteur privé, organisations sociales dont les associations de masse comme l'Union des femmes), pour mettre en place le programme

[42] CPRGS « Comprehensive Poverty Reduction and Growth Strategy » (pro-poor growth); a prolongé le « programme d'éradication de la faim et de réduction de la pauvreté » (HEPR, Hunger Eradication and Poverty Reduction program) mené sur la période 1995-2000
[43] Food Security Information Unit, Department of Planning of Ministry of Agriculture and Rural Development (MARD)
[44] nombre de foyers dont la ration quotidienne alimentaire est inférieure à 1800 kcal par personne et par jour
[45] c'est-à-dire la sécurisation d'un bon niveau nutritionnel par la maîtrise des différentes causes de malnutrition, notamment les causes sous-jacentes
[46] CPCC, « Committee for Protection and Care for Children »

national de lutte contre la malnutrition infantile[47]. Celui-ci est financé par le gouvernement avec les supports financiers des organisations internationales et des ONG (*Giay & Hau, 2000 ; Nguyen Thi Minh Nguyet & Khong Dien, 2002*).

a. La prévention de la malnutrition chez les femmes et les enfants : supplémentation et fortification des aliments comme stratégies de court et long termes

Parmi les objectifs majeurs du programme de lutte contre la malnutrition infantile figure la réduction de la prévalence de la malnutrition protéino-énergétique chez les mères et les enfants de moins de 5 ans. L'objectif est *de réduire à moins de 20 % le taux de malnutrition des enfants de moins de cinq ans *de s'assurer que 90% des enfants de moins de 3 ans suivent la charte de croissance[48] *diminuer les maladies infectieuses *réduire la prévalence de LBW (faible poids à la naissance) à moins de 10% *diminuer la prévalence de la malnutrition énergétique chronique surtout chez les femmes.

Le contrôle des carences en micronutriments est aussi une des priorités du NPAN approuvées par le gouvernement. Les objectifs sont de lutter contre les troubles dues à des carences en iode, en vitamine A et en fer : éliminer la xérophtalmie et les formes de carence en vitamine A pouvant amener à la cécité ainsi que la carence en iode (IDD, *Iodine Deficiency Disorder)* et réduire la prévalence actuelle de l'anémie due à une carence en fer à 30%.

Les principales stratégies de lutte contre les carences en micro-nutriments sont la supplémentation et la fortification des aliments.

La supplémentation[49] s'effectue par une distribution de capsules médicamenteuses de vitamine A, de fer et d'acide folique (à des fréquences et doses variables) à des groupes cibles de la population (femmes enceintes, femmes qui allaitent, enfants de 6 mois à 5 ans). Deux campagnes nationales de distribution de capsules ont lieu chaque année : les jours des micronutriments (les 1-2 juin) et les jours de vaccination (en décembre). Les capsules sont distribuées gratuitement dans certaines communes en cas de carences sévères, ou vendus à bas prix.

Le « plan national d'action sur la fortification » vise à améliorer le contenu en micronutriments des régimes par fortification des aliments en vitamines et minéraux et à

[47] NPCCM, « National Program for Control of Child Malnutrition »
[48] Courbe de croissance « idéale »
[49] Programme de contrôle de la carence en vitamine A (« Vitamine A Deficiency Control Program ») et programme de contrôle de la carence en fer (« Iron deficiency anemia control program »)

encourager la consommation d'aliments enrichis par fortification (par exemple des huiles de cuisson, farines infantiles, nouilles instantanées, du sel enrichi en iode, du *nuoc mam*[50] enrichi en fer, des biscuits enrichis en complexe multi-vitaminique, etc.).

La supplémentation en micronutriments est envisagée comme une solution de court terme pour contrôler les carences. Elle est associé à une fortification des aliments, stratégie de long terme jugée peu coûteuse et efficace, car elle peut toucher tous les groupes cibles de la population, même les plus pauvres *(MOH, 2001*).

b. Les stratégies transversales de lutte contre les malnutritions : amélioration des conditions environnementales et communication nutritionnelle

Ces solutions techniques s'accompagnent de **stratégies plus globales transversales** (santé, eau, environnement) :

- l'amélioration de l'accès au système de santé, à l'eau et aux installations sanitaires ;
- l'amélioration des soins aux jeunes enfants et aux mères *(« Child Nutrition Care Strategy » ; NIN & CPCC, 1998)* ; gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans ;
- des campagnes de vaccination au niveau national ;
- le contrôle des maladies infectieuses, parasitaires et respiratoires par des traitements thérapeutiques et helminthicides ;
- l'amélioration de l'hygiène corporelle et environnementale ;
- l'amélioration de la qualité des produits sur le marché, notamment de l'hygiène des produits alimentaires (filière « légumes propres ») ; création en 1988 de l'association VINASTAS « Vietnam standard and consumer association » (ministère du commerce), pour renforcer les activités de standardisation, les normes de qualité et la défense des consommateurs dans l'ensemble du pays ;
- l'encouragement à la diversification des activités agricoles et au développement des écosystèmes VAC (jardin-poisson, bassin-élevage) pour assurer la sécurité alimentaire et nutritionnelle des familles ; promotion du CHC « Child Health Card » (« carré nutritionnel ») dans les ménages ;
- un programme de « repas scolaires » dans les cantines scolaires et la restauration collective, pour améliorer l'état nutritionnel des scolaires et des étudiants ;

[50] sauce de poisson.

- l'établissement d'un système de surveillance nutritionnelle et alimentaire dans certains hôpitaux et centres de santé (surveillance des malnutritions, de l'hypertension, de l'infarctus du myocarde et du diabète) ; mise en place de comités de nutrition au niveau des communes[51], qui sont des réseaux d'agents de la santé, de volontaires ou « collaborateurs » en nutrition.

Parmi les solutions à long terme, la diffusion d'information et l'éducation nutritionnelle et de santé constituent des composantes centrales. Cette communication publique et les interventions à visée éducative ont pour objectifs d'augmenter la prise de conscience des maladies (malnutrition par carences et pléthore), d'améliorer l'information et les connaissances en santé et nutrition afin de modifier les pratiques alimentaires des différentes populations.

1.3. Conclusion : Contrôle des problèmes nutritionnels par la réduction de la pauvreté et l'éducation

La lutte contre la malnutrition par carences s'insère dans une stratégie plus globale de réduction de la pauvreté et de l'insécurité alimentaire, visant à favoriser l'accès au marché dans un objectif de croissance économique. La politique de santé du gouvernement vietnamien est donc basée sur les présupposés des théories du développement. La croissance économique est considérée comme un élément clé de l'amélioration de l'état nutritionnel des populations et donc de la productivité du travail.

La malnutrition par carences chez les mères et les enfants reste la priorité majeure mais le gouvernement a intégré dans son dernier plan de nutrition des actions de prévention de l'obésité. La stratégie favorisée pour lutter contre les maladies chroniques liées à l'alimentation (dont l'obésité) est basée sur la surveillance épidémiologique et la communication (information, éducation) nutritionnelle.

Les actions des autorités en matière de lutte contre la malnutrition (par carences) s'appuient sur des stratégies conjointes. Les solutions de court et moyen termes sont la supplémentation en micronutriments et la fortification des aliments. Ces actions sont couplées à une amélioration de l'environnement sanitaire et de l'accès aux services.

La solution de long-terme du ministère de la santé reste une diffusion d'information et des activités d'éducation nutritionnelle et de communication sur les risques. Celles-ci sont réalisées par l'institut de nutrition et plus précisément par l'Institut d'Education et de

[51] "Commune Nutrition Committee" et "Committee for chronic malnutrition program"

Communication (IEC[52]). L'IEC est définie comme « l'ensemble des activités de communication pour promouvoir une variété de questions dont la santé, l'approvisionnement en eau, l'accès aux structures sanitaires et les droits des enfants » (*Unicef, 2002*). En vietnamien, la traduction d'IEC inclut « propagation et éducation », « socialisation » et « organisation de la communauté ». L'IEC est un processus contrôlé d'actions coordonnées basé sur un travail avec les communautés (*Unicef, 2002*).

2. Des relations fortes entre le système étatique de santé et le système de communication

Les appareils de nutrition-santé et de communication sont structurés suivant le système administratif et politique vietnamien.

2.1. Structure hiérarchique du système de santé-nutrition

Le système de santé possède 4 niveaux d'administration, selon la hiérarchie figurant en annexe D.

A chaque échelon, deux organes exercent l'autorité :

- le Conseil populaire, qui est l'organe du pouvoir étatique dans la localité. Responsable devant l'organe d'Etat de l'échelon supérieur, il doit garantir la direction unifiée du Pouvoir central tout en servant de relais aux initiatives locales ;
- le Comité populaire, qui est élu par le Conseil populaire, dont il est l'organe exécutif ; il est donc l'organe administratif de l'Etat au niveau local. Les Comités populaires sont assistés dans leur tâche par des services techniques spécialisés dépendant des différents Ministères.

En matière de santé et de nutrition, chaque service de santé dépend du service de santé de l'échelon supérieur mais également du Comité populaire de son échelon territorial. Le conseil populaire définit des mesures et orientations visant à développer les activités de télédiffusion et radiodiffusion, d'éducation et de formation, de protection de la santé publique dans la localité. Il définit aussi les actions du planning familial, de développement du système des soins médicaux, la prévention de la lutte contre les épidémies. Le comité populaire dirige et organise la mise en œuvre des actions de réduction de la pauvreté, de l'insécurité alimentation et des différentes formes de malnutrition décidées par le conseil.

[52] Institute of Education and Communication

2.2. Organisation du système de communication

Cette structure au niveau du système de santé se retrouve au niveau du système de communication.

a. Canaux, définition du contenu et formes de la communication : un contrôle au niveau central

L'ensemble des canaux de communication relient les différents niveaux hiérarchiques. La gestion et la dissémination de l'information sont décentralisées à chaque niveau administratif. L'interaction entre les niveaux de communication est descendante mais des mécanismes de « feedback » peuvent exister depuis la commune et le village. La communication sur les questions de santé et de nutrition a une charge idéologique très forte puisqu'elle a pour objectif parallèle de diffuser les idées du parti communiste. La structure est considérée être une interface entre l'état et les individus (*Unicef, 2002*).

Les programmes gouvernementaux mis en œuvre par le NIN sont basés sur la mobilisation communautaire (initié par la FAO), qui consiste en l'établissement d'un réseau de communicateurs en nutrition au niveau des communes, constitué de volontaires (ou collaborateurs) de la population locale. Ces volontaires locaux ont généralement une influence (sociale, politique) et travaillent sous la direction des autorités locales, avec la coopération des organisations de masse comme l'Union des femmes[53].

Les matériaux éducatifs et les outils utilisés par les différents acteurs de la communication sont toujours produits par le haut (au niveau central), par les agents du NIN, de l'IEC et les professionnels de la santé, selon un processus de contrôle centralisé (*Unicef, 2002).*

Le NIN élabore et édite de nombreux matériaux de communication (lettre d'information sur la nutrition[54], affiches, posters, plaquettes, panneaux, brochures spécialisées, vidéos, banderoles[55] accrochées dans les rues pendant des manifestations de santé, rapports). Ils contiennent les recommandations techniques et les instructions en matière de nutrition. Ces différents outils pédagogiques sont destinés soit directement aux mères, aux

[53] L'union des femmes est une organisation populaire vietnamienne représentée au niveau national, puis au niveau des provinces, districts et communes (ou quartiers). Elle est la seule habilitée par les autorités nationales à représenter les femmes. Cette union est engagée dans de nombreux programmes et activités ; liée au parti politique, elle est engagée dans la défense des femmes, le contrôle de l'application des lois, l'accès des femmes aux micro-crédits, l'emploi, la prévention du Sida et des problèmes nutritionnels par des recommandations aux mères de famille, la planification familiale (limitation des naissances, accès aux soins, etc).

[54] "nutrition and developement newsletter"

[55] portant des slogans comme « color a child's bowl of porridge » (« colorer le bol de bouillie », qui consiste à partir de 6 mois à introduire différents types d'aliments dans l'alimentation de complément : légumes « green », crabes et crevettes « red », huile et MG « yellow » avec le riz et la patate douce), « allaitement exclusif jusqu'à 6 mois », etc.

hauts-parleurs, soit aux agents communaux de la santé et aux collaborateurs en charge de diffuser l'information. Il organise également des cours de formation des collaborateurs sur les connaissances de base des soins aux enfants, de la nutrition, des outils d'éducation nutritionnelle. Les collaborateurs des provinces deviennent les formateurs au niveau des districts, qui le deviennent eux-mêmes au niveau des communes.

Au Vietnam, l'éducation et la divulgation des recommandations nutritionnelles peuvent être directes ou indirectes.

La communication directe est réalisée sous forme de visites à domicile des volontaires communaux (souvent membres des associations de masse, comme les Unions de Femmes et de la Jeunesse) aux individus cibles, généralement les mères dans le cas des risques nutritionnels. Elle consiste aussi en des réunions au niveau des communes, des consultations auprès de professionnels de la santé (médecins, infirmiers, agents, etc.) des centres de santé locaux, par l'organisation de journées thématiques et de campagnes de communication ponctuelles[56], de compétitions et de démonstrations culinaires, etc. Les enseignants sont aussi impliqués dans l'éducation des parents et des enfants.

Mais la diffusion de l'information sur la nutrition et l'alimentation à toute la population passe surtout par les médias et les hauts-parleurs, qui diffusent régulièrement dans les rues des messages informatifs et éducatifs. Le NIN a des relations étroites avec les mass-médias (télévision, radio, presse). En dehors de ces moyens de communication contrôlés et régulés par l'Etat et ses institutions, il existe peu d'autres canaux de communication nutritionnelle au Vietnam ; il semble donc exister une relative homogénéité des messages transmis laissant peu de place à une cacophonie informationnelle.

b. Les recommandations sur la malnutrition et l'obésité

L'information nutritionnelle est basée sur les standards officiels publiés par l'OMS et la FAO. Elle porte sur :

- les concepts de base de nutrition (valeur nutritionnelle des aliments notamment) et de soins de santé aux femmes enceintes, aux mères et aux enfants ;
- les causes et conséquences des problèmes de malnutrition (carences en micronutriments et surconsommation) ;

[56] comme les journées des micronutriments les 1-2 juin, la semaine de la nutrition et du développement organisée par la FAO (semaine du 23 octobre), les journées du contrôle de la malnutrition et de la santé maternelle, la semaine de la promotion de l'allaitement, le mois de la qualité (hygiène et sécurité) alimentaire (15avril-15mai), les journées sur le sel iodé, journée de la vaccination, etc. ;

- les stratégies permettant de contrôler et de prévenir ces problèmes : dix conseils sur la nutrition adaptés aux vietnamiens ont été définis par l'IEC et une « pyramide de l'équilibre nutritionnel » a été élaborée (cf. annexes E et F).

Dans le cas de la **malnutrition**, les pratiques recommandées reposent sur :

- la diversification alimentaire,
- la promotion des systèmes VAC (aménagement d'un lopin de terre nutritionnel),
- la consommation d'aliments riches en micronutriments pour prévenir et lutter contre l'anémie, la carence en vitamine A et les troubles dues à la carence en iode,
- l'organisation de la cuisine (équipements, aménagement),
- la sécurité alimentaire (choix des aliments, hygiène individuelle et alimentaire),
- le suivi de la charte de croissance,
- l'allaitement maternel, l'alimentation « rationnelle » de complément, l'amélioration des méthodes de préparation des bouillies,
- la prévention des infections parasitaires.

Les messages communiqués au public concernent aussi la prévention des maladies chroniques. Ils portent (aide-mémoire de nutrition à l'usage de haut-parleurs *; Khoi & al., 2001*) sur :

- la détection et la surveillance de l'obésité,
- les effets néfastes et les risques liés à l'obésité : manque de bien-être, fatigue, diminution du rendement de travail, manque de rapidité, taux de morbidité et de mortalité plus élevés, risques de maladies chroniques (cancer, maladies cardio-vasculaires, hypertension artérielle),
- ses causes : excédent alimentaire dépassant les besoins, mode de vie sédentaire (télé, journaux, ordinateur, téléphone, etc.), alimentation contenant trop de viande, de matières grasses, de sucre, de « fast food », d'aliments instantanés, et peu de fruits et de légumes, facteurs génétiques ;
- les moyens de prévenir l'obésité : régime alimentaire rationnel (régime hypocalorique, pauvres en lipides et glucides, peu de sel, consommation de protéines et vitamines en quantité suffisante, beaucoup de fruits et légumes), activité physique adéquate ;
- les régimes alimentaires adaptés aux personnes diabétiques, souffrant d'hypertension artérielle et d'ostéoporose.

Si la communication sur la malnutrition cible certains segments de la population, celle sur l'obésité est générale pour toute la population.

2.3. Conclusion : un système de communication de masse descendante et uniforme, contrôlé par l'organe d'Etat

L'organisation du système de santé et de communication montre l'importance des moyens consacrés à l'éducation de masse au Vietnam. Les matériaux servant à l'éducation des populations sont produits au niveau central par les agents du NIN, de l'IEC et les professionnels de la santé. Leur élaboration suit les recommandations officielles standard internationales, ancrées dans une vision purement rationnelle très présente dans l'information transférée à la population vietnamienne.

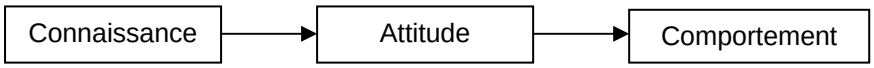
Les actions de communication sur les risques nutritionnels sont menées par une multiplicité d'acteurs selon des formes variées. Les agents de santé locaux, les collaborateurs formés par le NIN et les « organisations de masse » jouent un rôle actif dans la diffusion directe d'information à des groupes cibles de la population (femmes enceintes et mères de jeunes enfants). Néanmoins, les supports majeurs servant à l'information du public en général sont les mass médias (journaux, magazines, télévision, radio, hauts parleurs). Malgré cette multiplicité de canaux, leur contrôle et la définition des recommandations au niveau central contribuent à une homogénéisation de l'information.

Quelques soient les canaux et formes de communication, tout est sous le contrôle de l'Etat. Selon une organisation très hiérarchisée et descendante, la communication est conçue comme une interface entre l'état et les individus et comme moyen de divulgation des idées du Parti. Ce schéma d'éducation de masse est basé sur l'autoritarisme et l'uniformité. Malgré une mobilisation affichée des communautés à la gestion des risques nutritionnels, il existe peu de retour d'information vers les échelons de niveaux supérieurs. Par ailleurs, la formation en cascade du haut vers le bas peut aussi être une source d'inefficacité du système, du fait de l'incomplétude et des déformations des connaissances transmises (*Nin & Unicef, 2001*).

3. Le modèle de communication implicite sur les risques nutritionnels

3.1. Le modèle KAB

La communication sur les risques et l'éducation nutritionnelle ont pour but d'améliorer la connaissance, les attitudes et les pratiques d'alimentation, selon une démarche classique « KAB[57] » (connaissance, attitude, comportement) :



En augmentant les connaissances des mères de familles, le ministère de la santé cherche à modifier les attitudes et les pratiques des mères pour les rendre conformes aux recommandations afin d'améliorer leur état nutritionnel ainsi que celui des enfants (*OMS, 1989*).

3.2. L'inefficacité du modèle de communication

L'IEC a réalisé en 2001 une enquête KAB pour évaluer l'efficacité des chaînes de communication et l'impact des messages nutritionnels émis sur le changement des pratiques d'alimentation des enfants de moins de 3 ans par les mères, dans les différentes régions écologiques du pays (*Nin & Unicef, 2001*). Sur la base d'un questionnaire KAP, les mères[58] ont été interrogées sur leur connaissance nutritionnelle, leurs pratiques et sur les canaux et fréquences des messages.

Par ailleurs, l'Unicef a fait en 2002 une revue de la littérature sur l'efficacité de l'information, l'éducation et la communication au Vietnam. L'objectif était d'évaluer l'efficacité des interventions IEC, menées depuis 1994, dans la population *Kinh*, dans les populations montagneuses et les ethnies minoritaires.

Les résultats de ces deux enquêtes KAB sont présentés ci-après.

a. La télévision et les relations personnelles comme sources principales d'information

Les études *(Unicef, 2002 ; Nin & Unicef, 2001 ; Franklin, 1994 ; IOS, 1999 ; Uhrig, 1993* ***;*** *Hausner & al., 1995)* révèlent que les mères obtiennent de l'information essentiellement par la télévision mais aussi par leurs relations personnelles, la radio et la presse. Dans les populations montagneuses, la communication est plus difficile du fait du faible accès aux équipements et structures de santé et d'éducation, aux différences de langues,

[57] Knowledge, Attitude, Behaviour
[58] L'échantillon était constitué de 1566 mères de 21-30 ans (66.4%), 31-40 (30.2%) ; 86.6% des familles avaient 1 à 2 enfants.

à la faible couverture des mass médias (*IOS, 1997*) et les canaux informels constituent la première source d'information (pairs, amis, famille). Mais même à Hanoi, les mères demandent des conseils aux voisins ou aux mères qui ont des jeunes enfants. Les agents de la santé représentent aussi une source d'information sollicitée par les mères.

Les équipes de collaborateurs communales et les organisations de masse (union des femmes) sont mobilisées à un degré moindre (*Unicef, 2002 ; Uhrig, 1993 ; Craig, 1995 ; Efroymson, 1996).* Les organisations de masse (union femmes, union de la jeunesse, des paysans, etc.) ont la capacité structurelle la plus grande pour la communication en face à face. Mais la dissémination de l'information se fait plutôt sur la base de l'adhésion aux unions plutôt que sur une communication interpersonnelle directe (*Unicef, 2002*). Efroymson (*1996*) a montré que l'adhésion des mères aux organisations de masse était élevée en milieu rural mais moindre dans les communautés *Kihns* qui ont accès à d'autres sources d'information.

En **résumé,** dans les populations *Kinhs*, l'information nutritionnelle passe par les mass médias, les relations de proximité personnelle et moins par le matériel imprimé et les organisations de masse ou les collaborateurs de la santé. Dans les minorités ethniques, les relations personnelles constituent la première source d'information.

b. Une bonne connaissance nutritionnelle des mères

Les résultats obtenus par le Nin et l'Unicef en 2001 sur la connaissance nutritionnelle des mères montrent que globalement celles-ci connaissent bien les carences (en vitamine A et en fer), leurs conséquences ainsi que les moyens de les contrôler ou de les prévenir (capsules médicamenteuses de fer et de vitamine A et consommation d'aliments spécifiques comme les fruits et légumes). Elles connaissent leurs liens avec la malnutrition infantile, les groupes à risque et savent évaluer justement le poids de leurs enfants. Elles sont moins informées sur les bienfaits de l'allaitement maternel exclusif et l'importance de prévenir les maladies infectieuses. Selon le rapport, la connaissance des mères était la plus limitée à Hanoi.

Cette étude permet de juger d'une connaissance globale relativement bonne des mères sur les relations entre alimentation et nutrition (notamment entre carences en micronutriments et malnutrition infantile) ainsi que sur les pratiques d'alimentation recommandées pour les enfants, pendant la grossesse et la lactation. La revue de la littérature de l'Unicef (*2002*) conclue également à des niveaux de connaissance élevés chez les adultes et les enfants.

c. Peu de mise en pratique des recommandations

L'enquête de 2001 (*Nin & Unicef, 2001*) révèle que seules 21% des femmes disent avoir amélioré leur alimentation pendant la grossesse, même à Hanoi ; même lorsque les mères savent ce qu'il faut faire, elles ne veulent pas changer leurs pratiques alimentaires pour différentes raisons notamment économiques et culturelles. Les mères enceintes ne veulent pas manger plus que d'habitude car elles préfèrent garder des aliments pour leurs maris et leurs enfants.

Le pourcentage de femmes qui n'allaitent pas est le plus élevé à Hanoi, car les jeunes femmes déclarent que l'allaitement nuit à leur charme et leur beauté ; elles expriment qu'il existe par ailleurs de nombreux produits laitiers sur le marché (lait en poudre importé, lait de vache en boite, etc.) qui peuvent se substituer au lait maternel.

La moitié des mères apportent une alimentation de complément entre 1-3 mois. Les enquêtes montrent qu'elles connaissent le moment approprié d'introduction de ces aliments mais qu'elles déclarent devoir reprendre à travailler très vite. Les mères hanoiennes ne peuvent donc pas introduire les aliments de complément au moment opportun par contraintes professionnelles.

En milieu rural, en particulier dans les zones de montagne, l'accès aux produits transformés est plus difficile, donc les enfants reçoivent le riz comme repas de complément et les femmes devant aller travailler, les enfants sont souvent nourris par d'autres membres de la famille.

3.3. Conclusion : des décalages entre connaissance et pratiques alimentaires

Les différentes études KAB menées au Vietnam montrent que le niveau de connaissance des mères sur la malnutrition est bonne voir très bonne et qu'elles savent évaluer le problème chez leur enfant. Cependant, il existe des décalages entre la connaissance et les pratiques rapportées ou observées des mères (allaitement maternel, alimentation de complément, alimentation de la mère). D'autres études sur la santé au Vietnam ont constaté cette disparité : faible utilisation des latrines, des sources d'eau potable, peu de pratiques de prévention des infections parasitaires (*Trinh & al., 1999*), faible consommation de sel iodé dans certaines régions comme dans le delta du Mékong, alors que 99% des personnes interviewées au niveau national connaissent les liens entre la déficience en iode et le goitre (*National Iodine Deficiency Disorder Control Program de 2000 ; Unicef, 2002*).

Le changement de pratiques alimentaires n'est donc pas seulement associé à une amélioration de la connaissance et une modification des attitudes, car même lorsqu'elles sont informées et se sentent concernées, de nombreuses mères n'agissent pas conformément aux recommandations. Le fait que la connaissance maternelle soit la plus faible dans les zones où l'accès au mass-media et aux autres sources d'information est facile et large comme à Hanoi, montre aussi que la connaissance et l'information ne sont pas seules déterminantes des pratiques alimentaires.

Le non suivi des recommandations trouve des raisons variées. Il serait le fait de défaillances du système de communication lui-même, notamment d'un mauvais ciblage des destinataires des messages et un manque d'applicabilité des recommandations (*Nin & Unicef, 2001 ; Unicef, 2002).* Ce décalage entre connaissance et pratique serait aussi du à un manque de connaissance des communicateurs, d'outils efficaces ainsi qu'à des problèmes de gestion et de supervision des matériaux distribués couvrant peu les derniers échelons (70% des matériaux produits au niveau central atteint le niveau provincial ; 56% le niveau du district et 22% la commune ; *Unicef, 2002*). De plus, l'évaluation des interventions de communication est absente, la coordination des activités de communication entre les agences gouvernementales et les autres secteurs est faible et les mères manquent de confiance envers l'appareil de communication (*Unicef, 2002*).

A côté de ces explications liées au fonctionnement du système de communication, les déterminants socio-culturels (esthétique, pression sociale, tradition), économiques (manque de ressources financières, contraintes professionnelles) et psychologiques (croyances) apparaissent très importants, comme l'ont montré de nombreux autres auteurs (*Kahneman & Tversky, 1972 ; Douglas & Calvez, 1979 ; Slovic & al., 1982 ; Corbeau & Poulain, 2002 ; Fischler, 2003*). Ces considérations n'étant pas prises en compte, il existe un décalage entre la façon dont les « experts » (agents chargés de la communication sur les risques) et les mères « profanes » se représentent et évaluent les risques (*Slovic, 1992 ; Fife-Schaw & Rowe, 1996 ; Fischler, 1998 ; Marris, 1999 ; Peretti-Watel, 2001*), le public ayant sa propre façon d'appréhender l'incertitude, une perception plus complexe et qualitative des risques.

Les études classiques KAB se réduisent bien souvent à des tests de connaissance et à une évaluation des pratiques conformément aux recommandations. L'analyse des attitudes est généralement occultée, ce qui ne permet pas d'appréhender les décalages éventuels entre connaissance et pratiques. Ou alors, elles sont évaluées globalement, ce qui ne permet pas la prise en considération les aspects sociaux et psychologiques des pratiques et la manière dont

les personnes se représentent les risques nutritionnels. Les mères ne sont pas associées à la définition et à la conduite des actions de lutte contre les problèmes nutritionnels.

Conclusion de la partie 1 : Les justifications de la problématique de thèse par rapport au contexte vietnamien

Le Vietnam est un pays en situation de transition nutritionnelle où coexistent des problèmes de malnutrition par carences et par pléthore.

La malnutrition touche surtout les femmes et les **enfants de moins de 5 ans** (en particulier les 6 à 24 mois) et elle est localisée en milieu rural. La lutte contre la malnutrition infantile demeure une priorité de santé publique.

Au contraire, le surpoids évolue rapidement en ville (Hanoi et Ho Chi Minh ville) dans les milieux aisés ; les groupes les plus exposés sont les femmes en âge de procréer et les enfants de 6 à 10 ans. Le ministère de la santé et le NIN affichent une inquiétude grandissante vis à vis de ce problème nutritionnel, dont la prévention figure dans le plan national stratégique de nutrition 2001-2010.

Cela justifie que l'on s'intéresse à la malnutrition chez les enfants de moins de 2 ans en milieu rural (province de Quang Nam dans le centre) et à l'obésité chez les enfants en âge scolaire en milieu urbain (Hanoi).

Ces risques possèdent une composante comportementale forte et sont liés aux pratiques alimentaires ; même si les contraintes économiques sont déterminantes des pratiques de certains foyers pauvres, les pratiques de consommation et de transformation recommandées pour prévenir ou contrôler ces problèmes nutritionnels (par exemple recettes traditionnelles ou modes de préparation améliorés de bouillies pour les enfants, allaitement maternel, diversification alimentaire) sont accessibles à la plupart des familles ; dans le cas du surpoids, la part comportementale est évidente, les contraintes d'accessibilité aux produits étant réduites voire nulles du fait qu'il s'agit le plus souvent des ménages les plus riches.

Pour lutter contre ces problèmes, le gouvernement vietnamien met en place des mesures de réduction de la pauvreté (pour stimuler la croissance économique en améliorant la productivité du travail et inversement) et des programmes d'éducation de masse.

Peu de données existent sur les pratiques et l'efficacité des actions de communication. Celles qui sont disponibles montrent l'existence de décalages entre la connaissance objective et les pratiques déclarées des mères, confirmant l'hypothèse que le changement de pratiques n'est pas seulement lié à un apport d'information. La communication de masse repose sur des

messages « uniformes » adressés à toute la population ou à des groupes de la population, basés sur les recommandations internationales et les procédures standard. Les messages sont les mêmes en milieu urbain et rural ; il n'y a pas de segmentation de l'audience en fonction de ses caractéristiques et du milieu socio-culturel. L'information sur les risques ne prend pas non plus en compte les représentations individuelles et sociales et les déterminants psychologiques et sociaux des comportements. Le fait que les mères sachent reconnaître le problème montre que la non conformité aux recommandations n'est pas un problème de perception du risque « réel » et qu'elles ont une appréciation plus qualitative des risques. De plus, dans ce système de communication, l'interactivité entre récepteur et émetteur des messages est inexistante, écartant les individus des processus de communication et de prise de décision.

Il semble intéressant d'étudier la question des décalages entre la connaissance et les comportements en lien avec l'alimentation, sous l'angle de la perception des problèmes nutritionnels et des recommandations. Selon l'hypothèse privilégiée dans cette recherche, une raison au décalage entre connaissance et mise en œuvre des recommandations (officielles) serait une différence dans la façon de percevoir et d'évaluer les risques entre les agents chargés de la communication et le public. Les risques sont construits sur la base de perceptions et de représentations sociales, intégrant des facteurs psychologiques, des croyances, symboles et des valeurs socio-culturelles. La communication sur le risque semble pouvoir être améliorée par la prise en considération des perceptions du public lors de l'élaboration des recommandations et par l'association des individus à la communication et la gestion des risques.

****

La deuxième partie de la thèse correspond à la revue de la littérature sur les concepts et théories (économie, sociologie et psychologie du risque, psychologie sociale) qui fondent notre recherche.

Le premier chapitre fait la synthèse des connaissances acquises sur le risque et l'évaluation du risque. Il met en évidence l'intérêt du paradigme psychométrique pour l'étude des perceptions individuelles.

Le deuxième chapitre détaille les théories et modèles en psychologie socio-cognitive, qui sont à la base des modèles de communication et d'éducation dominants dans le domaine de la santé. Il montre les apports de la psychologie socio-cognitive pour l'étude des facteurs explicatifs des attitudes (perception) et des comportements.