

EN BREF

Les questions alimentaires voient rituellement s'affronter promoteurs de la santé publique et défenseurs du plaisir gustatif. Une telle mise en scène fait l'impasse sur la manière dont les consommateurs concilient habituellement plaisir et santé. En nous intéressant de près à cet arbitrage, nous voulons replacer les consommateurs au centre du débat public, en tant qu'objets mais aussi en tant qu'acteurs des politiques publiques d'alimentation et de santé.

Nous sommes arrivés au terme d'une transition nutritionnelle et alimentaire marquée par une hausse continue de nos apports en calories, en graisses et en sucres, une demande croissante de produits transformés et cuisinés, un recours accru à la restauration hors du foyer, et un affaiblissement du modèle alimentaire français dans les jeunes générations. L'entrée dans l'ère de l'abondance alimentaire se paie par une explosion du surpoids et de l'obésité, avec des inégalités sociales qui révèlent les déterminants majeurs des arbitrages entre plaisir et santé. Les progrès technologiques de l'agro-industrie ont favorisé la mise sur le marché de produits peu chers, riches en graisses, en sucres et en sel ajoutés, apportant des satisfactions faciles. Pourquoi renoncer à ces promesses de plaisir low cost quand on a un horizon de vie bouché et des conditions d'existence peu réjouissantes ? Les efforts que nous faisons pour investir dans notre santé et dans notre corps, comme nous y invitent les campagnes de recommandations nutritionnelles, dépendent en premier lieu de ce que nous pouvons espérer y gagner.

Pour autant, l'État ne doit pas abandonner toute ambition régulatrice en matière d'alimentation et de santé, au prétexte que le consommateur serait souverain et que l'offre se contenterait de satisfaire la demande.

Car nos arbitrages entre plaisir et santé sont souvent imparfaits et erronés. Le marketing alimentaire nous conduit à manger plus que nous le souhaiterions. La consommation de produits gras et sucrés déforme notre goût et conditionne nos choix ultérieurs, à la manière d'une addiction. Notre environnement alimentaire fait finalement pencher la balance du côté du plaisir bien au-delà de ce qui suffirait à satisfaire nos intérêts.

Une politique de régulation de l'environnement alimentaire pourrait s'appuyer sur quatre piliers : 1) un étiquetage nutritionnel utilisant le système des feux tricolores (vert-orange-rouge), fonction du profil nutritionnel des aliments, apposé sur la face avant des produits préemballés ; 2) une réallocation des aliments aux différents taux de TVA en fonction de leurs profils nutritionnels, avec un affichage saillant de la TVA ; 3) une régulation stricte des dispositifs marchands poussant à l'augmentation des quantités consommées (promotions, publicités à destination des enfants, etc.), et une régulation de l'architecture des choix dans les lieux d'achat et de restauration ; 4) une politique agro-industrielle favorisant la production d'aliments incorporant moins de graisses, de sucres et de sel ajoutés.

Ce paquet de mesures se justifie par les violations de la souveraineté du consommateur observées sur les marchés alimentaires. De telles prémisses peuvent être discutées. On peut également contester le droit de l'État à réguler ainsi l'environnement pour peser sur nos choix. Les différentes options politiques en présence mettent finalement en jeu des valeurs de liberté et de protection de la santé publique, mais aussi d'équité et d'efficacité économique. Pour trancher, il est urgent d'organiser en France un débat sur l'avenir que nous souhaitons pour notre alimentation. Puisqu'il s'agit de leurs arbitrages entre plaisir et santé, les consommateurs doivent être impérativement placés au centre du processus de délibération et de

fabrication des politiques publiques, afin que soit restaurée une forme de souveraineté collective sur nos choix alimentaires, à défaut d'une souveraineté individuelle¹.

Fabrice Étilé est directeur de recherche à l'Institut national de la recherche agronomique (Inra), laboratoire «Alimentation et sciences sociales», et chercheur associé à l'École d'économie de Paris et au Cepremap.

1. Cet opuscule a bénéficié du travail collectif réalisé lors de l'expertise scientifique sur les comportements alimentaires menée par l'Inra, d'échanges avec Pierre Chandon, Pierre Combris (qui m'a aimablement autorisé à utiliser son matériel empirique), Louis-Georges Soler, et des conseils et relectures de Philippe Askenazy, Arnaud Basdevant, Daniel Cohen, Brigitte Dormont et Pierre-Yves Geoffard. Je remercie également Luc Arrondel et André Masson pour les données de l'enquête Pater 2009.

1. Marchés alimentaires, santé publique et consommateurs

Journalistes et activistes ne cessent de donner l'alerte. Nous vivons dans la « République de la malbouffe », nourris par des « alimenteurs » de produits industriels gras et sucrés, contaminés par des pesticides, des hormones, des antibiotiques et divers additifs destinés à mieux conserver les produits ou optimiser leur goût¹. Et de susciter la nostalgie d'un âge d'or, celui d'une alimentation naturelle et simple, où l'industrie agroalimentaire ne faisait pas écran entre la fourche et la fourchette – même s'il est douteux que cet âge d'or ait jamais existé, l'histoire humaine étant plutôt marquée du sceau du manque et des crises sanitaires que de celui de l'abondance et de la sécurité². Le procès en artifice adressé au système agroalimentaire actuel souligne fréquemment l'impact au long cours de l'alimentation sur la santé, notamment celle des enfants. Car ce qui pose problème désormais, et mobilise les foules, ce sont moins la pénurie et les risques d'intoxication immédiats, que l'abondance et son cortège de maladies chroniques : surpoids infantile, obésité de l'adulte, mais aussi dysfonctionnements cardiaques, diabète ou allergies.

1. L'essai de W. Reymond (*Toxic Food*, Paris, Flammarion, 2009) est un bon exemple de cette littérature. Le site <http://science-citoyen.u-strasbg.fr/dossiers/additifs/html/def.html> propose un bref panorama des additifs utilisés par l'industrie agroalimentaire.

2. Sur la consubstantialité des risques sanitaires et des crises (fraude, épizootie, infections bactériennes, etc.) aux marchés alimentaires, lire les contributions rassemblées par M. Bruegel et A. Stanziani dans « La sécurité alimentaire, entre santé et marché », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, numéro spécial, 51 (3), 2004. Sur la faim et l'abondance dans l'histoire, voir M. Bruegel (éd.), *Profusion et pénurie. Les hommes face à leurs besoins alimentaires*, Rennes, PUR, 2009.

Le développement du surpoids et de l'obésité est le marqueur le plus visible des transformations de l'alimentation. C'est également le plus mobilisé par les « porteurs d'enjeux » – ministères, promoteurs de la santé publique, médecins, chercheurs, associations de consommateurs ou de parents d'élèves –, lors de l'élaboration de politiques ou d'actions de réforme de l'alimentation et de promotion de la santé publique. Il existe trois raisons à cela.

Tout d'abord, on observe effectivement une hausse de la prévalence de l'obésité sur les dernières décennies. Le tableau 1 présente quelques chiffres de prévalence, fondés sur l'indicateur de corpulence le plus utilisé dans les enquêtes de santé – l'indice de masse corporelle ou IMC (pour une définition voir le glossaire, *infra*, p. 119). Selon les données des enquêtes décennales « Santé » menées par l'Insee, la France comptait 7 % d'adultes obèses en 1970 et 36 % en surpoids ou obèses. Ces proportions sont restées stables jusqu'à l'enquête de 1992. L'enquête de 2003 révèle une augmentation marquée au cours des années 1990 et 2000, avec 15 % d'obèses en 2009 et, au total, 47 % d'individus en surpoids. Les données de l'enquête ObEpi-Roche confirment cette tendance, puisqu'en 2009 la prévalence de l'obésité était de 14,5 %, contre 13,1 % dans la même enquête en 2006, et 8,5 % en 1997. Cela correspond à une hausse annuelle moyenne de 5,9 % avec une tendance à l'accélération sur les dernières années. Il existe des associations réelles entre le surpoids, et surtout l'obésité, qui n'est pas en soi une maladie, et le risque de survenue d'authentiques pathologies – diabète, hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires et respiratoires, certaines formes de cancer. Ces conséquences pathologiques sont symptomatiques de comportements alimentaires et d'activités physiques nuisibles à la santé sur le long cours. Elles ont des conséquences financières pour la collectivité, puisque le surcoût moyen en dépenses de santé pour une personne d'IMC supérieur à 27 par rapport à une personne d'IMC inférieur à 27 était d'environ

600 euros en 2003. Le coût social des facteurs de risque alimentaires en France était d'environ 10 milliards d'euros en 2006¹.

Tableau 1 – Le développement de l'obésité en France et aux États-Unis

Année	1970	1981	1992	2003	2006	2009
<i>Obésité : indice de masse corporelle supérieur à 30</i>						
France	7 %	6 %	7 %	11 %	13 %	15 %
États-Unis	15 %	15 %	23 %	32 %	34 %	36 %
<i>Surpoids et obésité : indice de masse corporelle supérieur à 25</i>						
France	36 %	32 %	33 %	41 %	44 %	47 %
États-Unis	48 %	47 %	56 %	65 %	67 %	69 %

Sources : en France, enquêtes décennales « Santé » de l'Insee, 1970, 1980-1981, 1991-1992, 2002-2003 ; études ObEpi 2006 et 2009. Aux États-Unis, enquêtes NHANES 1971-1974, 1976-1980, 1988-1994, 1999-2000 et 2005-2006, 2009-2010.

La focalisation du corps médical, des épidémiologistes et de la santé publique sur le surpoids et l'obésité est récente. Du début du xx^e siècle jusqu'aux années 1990, l'excès de poids n'est que l'expression d'un péché de glotonnerie, un problème individuel et privé, mis sur le compte d'une incapacité morale des obèses à *s'autoréguler*. Les années 1990 voient s'opérer un déplacement des représentations, au moins dans les sphères de la santé publique, avec deux moments clés. En 1997, l'Organisation

1. Voir A. Basdevant (éd.), *Traité de médecine et chirurgie de l'obésité*, Paris, Lavoisier, 2011, 3^e partie. En pratique, un IMC supérieur à 27 est associé à un excès de risque morbide significatif. Voir par exemple K. F. Adams *et al.*, « Overweight, obesity, and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old », *New England Journal of Medicine*, 355, 2006, p. 763-778. Voir aussi V. Hespel et M. Berthod-Wurmser, *La Pertinence et la faisabilité d'une taxation nutritionnelle*, Rapport de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales, Paris, La Documentation française, 2008.

mondiale de la santé (OMS) qualifie la hausse mondiale de la prévalence de l'obésité « d'épidémie » à la suite d'une consultation d'experts. Cette qualification allège le poids moral pesant sur les individus et permet, dans le même temps, de mettre sous tension des dispositifs de santé publique largement construits sur le modèle de la réponse aux risques épidémiques. En France, une saisine ministérielle du Haut Comité à la santé publique souligne, en 1999, le rôle potentiel des modifications de l'environnement alimentaire dans les changements d'habitudes nutritionnelles. Le rapport qui en découle montre l'importance des déterminants environnementaux des comportements, notamment les modifications de l'offre induites par les progrès technologiques, et la disponibilité et l'accessibilité alimentaire « inédite¹ ». Le premier plan national nutrition santé (PNNS) est mis en place l'année suivante, sous la tutelle principale du ministère de la Santé.

Mais l'attention du public, et peut-être l'intérêt du lecteur du présent opuscule, restent sans nul doute liés à la charge esthétique et morale du sujet. Dans les interactions sociales de tous les jours, la minceur continue à signaler la capacité des individus à contrôler leurs pulsions. Ce signal a d'autant plus de valeur que nous vivons dans une société où les tentations alimentaires prolifèrent. De manière corrélée, la minceur est un déterminant important des chances de succès sur un marché du sexe et du mariage, et aussi de l'emploi, où la compétition s'est largement intensifiée depuis les années 1960 : la minceur signale certaines caractéristiques psychologiques non directement

1. T. Bossy, « Les différentes temporalités du changement : la mise sur agenda de l'obésité en France et au Royaume-Uni », in B. Palier (éd.), *Quand les politiques changent. Temporalités et niveaux de l'action publique*, Paris, L'Harmattan, 2010, p. 145-182 ; Haut Comité de la santé publique, *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France*, Rennes, Éditions ENSP, 2000. La lettre de saisine figure en préface du rapport, et voir aussi p. 17 sq. ; OMS, *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, rapports techniques n° 894. Genève, 2003.

observables des partenaires potentiels (salariés pour un employeur, ou conjoint), comme l'impulsivité. Nul étonnement, donc, que la médicalisation de l'obésité aille de pair avec l'explosion de la préoccupation de minceur, exploitée par les intérêts les plus divers – journaux, certains nutritionnistes, coaches, vendeurs de remèdes miracles ou chirurgiens esthétiques¹.

L'obésité est un phénomène récent en France, en comparaison des États-Unis où les chiffres ont explosé quinze ans plus tôt. On est passé, outre-Atlantique, de 15 % d'adultes obèses au début des années 1980 à près de 40 % en 2009 ; 12,1 % des enfants âgés de 6 à 11 ans étaient obèses en 2009-2010, et plus de 18 % des adolescents. La France suivrait-elle les tendances américaines avec quelques années de retard ? Si l'on considère les jeunes générations, ce n'est peut-être pas le cas. En effet, le surpoids infantile est relativement stable depuis la fin des années 1990, après un doublement entre 1980 et 2000. Il s'est stabilisé autour de 15 % pour les enfants de 7 à 9 ans, dont environ 3 % d'obèses, entre 2000 et 2006². Il n'y aurait eu explosion que le temps d'une génération, celle née entre le milieu des années 1970 et celui des années 1990. Si cette disjonction des tendances observées en France et aux États-Unis ne présage

1. J. E. Oliver, *Fat Politics*, New York, Oxford University Press, 2006, chap. 3 et 4 ; A. Offer, « Body weight and self-control in the United States and Britain since the 1950s », *Social History of Medicine*, 14 (1), 2001, p. 79-106.

2. B. Salanave, S. Péneau, M.-F. Rolland-Cacher, S. Hercberg et K. Castetbon, *Prévalences du surpoids et de l'obésité et déterminants de la sédentarité chez les enfants de 7 à 9 ans en France en 2007*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire-Université de Paris 13, 2011. La surveillance de la corpulence à ces âges permet d'anticiper les tendances futures en matière d'obésité et de surpoids chez l'adulte, car elle se situe après la période du « rebond d'adiposité » (le creux autour de 4-5 ans sur les courbes d'IMC des carnets de santé des enfants), et avant la période de la puberté qui a, en soi, des effets confondants sur la corpulence. C. L. Ogden, M. D. Carroll, B. K. Kit et K. M. Flegal, « Prevalence of obesity in the United States, 2009-2010 », *NCHS Data Brief*, 82, 2012, p. 1-8.

donc pas de l'avenir, elle interroge sur les spécificités françaises face aux transformations de l'alimentation¹.

Il est tentant d'attribuer cette stabilisation à l'efficacité de l'action publique menée dans les années 2000. Celle-ci s'est organisée dans un premier temps autour du PNNS, qui formule les objectifs à décliner en actions locales par les relais de terrain usuels : réduction de la prévalence du surpoids chez les adultes et les enfants, diminution de la consommation de sel ou augmentation de l'activité physique à tous les âges². Au niveau national, le PNNS, appuyé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), développe des actions d'information autour, notamment, de la consommation de fruits et légumes ou de l'activité physique. Le ministère de l'Éducation nationale a réactivé un levier d'action déjà mobilisé dans les années 1980 : la modification de la composition des repas servis en restauration scolaire. La collation matinale fait l'objet de nouvelles recommandations. La loi de santé publique de 2004 a banni les distributeurs automatiques des établissements scolaires et mis en place un encadrement timide de la publicité. Au niveau local, le partenariat public-privé EPODE (Ensemble prévenons l'obésité des enfants) développe et coordonne de nombreuses actions de prévention associant institutions publiques (écoles, municipalités) et structures privées

1. La hausse se poursuit chez les adultes, alimentée par les jeunes générations, et la mécanique de la reproduction des comportements alimentaires entretient les risques chez les enfants : ceux qui ont au moins un parent obèse ont trois fois plus de risques d'être obèses eux-mêmes. Cela s'explique à la fois par des facteurs génétiques et par des facteurs environnementaux comme les pratiques alimentaires des parents. Ces deux types de facteurs sont susceptibles d'interagir; notamment à travers des processus épigénétiques lors de la grossesse, c'est-à-dire un impact de l'alimentation maternelle sur l'expression des gènes gouvernant certains aspects des comportements alimentaires. Voir P. Étievant *et al.*, *Les Comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants ? Quelles actions, pour quels effets ?*, Paris, Inra, 2010, annexe 2.

2. T. Bossy, « Les différentes temporalités du changement », art. cité.

(restauration scolaire, grande distribution). Le 22 septembre 2010, un communiqué du ministère de la Santé titrait plutôt prudemment sur « la baisse de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants, en France, depuis la mise en place du PNNS » et appelait à poursuivre les actions engagées.

À partir du milieu des années 2000, un second acteur s'est largement invité dans le processus de fabrication de la politique publique : le ministère de l'Agriculture. Initialement partie prenante du processus de mise en place de chartes d'engagement volontaire des industriels pour l'amélioration de la qualité nutritionnelle (dans le cadre du PNNS), il a lancé en 2010 un programme national de l'alimentation (PNA). Alors que le PNNS oriente l'action publique sur la base de constats épidémiologiques, le PNA est d'abord présenté comme un moyen de défendre un modèle alimentaire français, dans lequel « Manger n'est pas seulement un acte fonctionnel, c'est un plaisir quotidien et partagé qui obéit à certaines règles : la convivialité, la diversité alimentaire, le respect d'horaires fixes et la structuration des repas autour de trois plats principaux. » Ce modèle serait « gage de bonne santé et de sociabilité » et expliquerait la divergence relevée précédemment entre la France et les États-Unis. Au-delà, il serait « l'un des moteurs les plus dynamiques de notre économie : la France est le premier producteur agricole de l'Union européenne et le second pour le chiffre d'affaires des industries agroalimentaires (IAA) ». Et d'évoquer le péril d'un « changement de nos habitudes alimentaires [qui] se répercuterait sur notre agriculture et nos IAA »¹.

1. Ministère de l'Agriculture, de la Pêche, de la Ruralité et de l'Aménagement du territoire, *Programme national pour l'alimentation*, 2011, p. 3. <http://alimentation.gouv.fr/IMG/pdf/PNA-09022011.pdf>. T. Bossy (*ibid.*) note que la référence à une culture alimentaire française participe déjà, dans les années 1980, du retard dans la mise sur agenda des enjeux de santé nutritionnelle par rapport aux pays anglo-saxons : le vin et le foie gras protègent des maladies cardiovasculaires...

L'offre alimentaire ne saurait changer que dans une démarche de partenariat volontaire entre acteurs privés et publics, guidé par les « attentes du consommateur-citoyen ».

Du côté de la santé publique, la hausse de la prévalence du surpoids est porteuse de coûts humains et sociaux majeurs, et elle est largement imputée à « l'environnement », c'est-à-dire aux transformations de l'offre alimentaire et aux diverses modifications ne favorisant pas l'activité physique (tertiarisation des emplois, modifications des modes de transport, urbanisme, chauffage accru des logements, etc.). Du côté de l'agriculture et de l'industrie agroalimentaire, on considère avoir répondu aux attentes des consommateurs, ces dernières prenant source dans un modèle alimentaire français qui aurait bien résisté aux évolutions sociétales¹ et permis des succès économiques importants. Le pas de deux entre le ministère de la Santé et celui de l'Agriculture reflète bien la tension actuelle entre une vision hygiéniste et une vision marchande de l'alimentation, entre une volonté de réformer l'offre alimentaire pour promouvoir la santé publique, et celle de préserver un modèle industriel qui reste l'un des derniers succès économiques du pays. Dans cet affrontement scénarisé entre deux perspectives, le point de vue du consommateur est minoré voire ignoré alors même que chaque partie prétend le représenter au mieux. Résoudre cette tension et dépasser cet affrontement impose, au préalable, de développer une analyse des déterminants de la consommation et de la dynamique des marchés alimentaires fondée sur l'ensemble des connaissances et des données disponibles. C'est la principale ambition de cet opuscule, qui tente de répondre à deux séries de questions fondamentales pour l'orientation future de l'action publique.

1. Nonobstant l'existence d'un péril jeune, puisque les jeunes cuisinent moins, achètent des plats préparés, délaissent la table pour le canapé, préfèrent le « snacking », etc. (*Programme national pour l'alimentation, op. cit.*, p. 3) ; bref, la décadence.

Sur la relation offre-demande et la balance plaisir-santé d'abord. Quelles sont les grandes lignes caractérisant la dynamique économique et technique des marchés alimentaires sur le dernier demi-siècle ? Quels sont, à l'heure actuelle, les grands déterminants des choix des consommateurs ? Dans quelle mesure ces derniers arbitrent-ils de manière souveraine entre plaisir et santé ?

Sur les politiques publiques ensuite. Les dispositifs d'information et d'éducation pour la santé sont-ils suffisants ? Que penser de la taxation nutritionnelle ? Doit-on envisager un paquet de mesures ciblant l'environnement alimentaire plutôt que le consommateur ? Si oui, quel en serait le contenu ?

Rappelons les modifications structurelles qui, sur quelques décennies, ont marqué la demande et l'offre alimentaire (voir chapitres 2 à 4). Du côté des consommateurs, l'entrée dans l'ère de l'abondance alimentaire est marquée par une hausse des calories ingérées, une transition nutritionnelle vers une alimentation plus grasse et plus sucrée, une transition alimentaire vers des produits transformés prêts à l'usage et la restauration hors du foyer et un affaiblissement du modèle français des repas. La signification de l'acte alimentaire a changé : il ne vise plus seulement à répondre à des besoins physiologiques mais à procurer du plaisir. L'augmentation concomitante du surpoids et de l'obésité est plus marquée dans les classes populaires. Cette inégalité révèle les déterminants de l'arbitrage entre plaisir et santé : on ne fait attention à sa santé que si on en a les moyens financiers, et si préserver sa santé et rester mince apportent des bénéfices tangibles. Un horizon de vie bouché et des conditions d'existence difficiles expliquent que l'on privilégie les plaisirs alimentaires immédiats à la rigueur d'un régime équilibré.

Dans ce contexte, l'offre alimentaire ne fait que répondre à une demande produite par des facteurs non alimentaires : inégalités sociales, mais aussi évolutions des marchés du travail et des loisirs qui rendent plus attractifs le recours aux produits prêts à l'usage et la restauration hors du foyer. L'expansion quantitative et qualitative de l'offre est le fruit d'une politique

alimentaire et d'un progrès technologique qui ont favorisé la conception d'aliments transformés riches en sucres et en graisses. Or les neurosciences commencent à accumuler les preuves du caractère addictif de la consommation d'aliments riches en sucres et en graisses : consommer aujourd'hui du gras et du sucré renforce le goût pour ces saveurs. La souveraineté du consommateur est également battue en brèche par la capacité des dispositifs marchands à influencer ses choix. Demander aux consommateurs, et singulièrement à ceux des classes populaires, d'autoréguler leurs comportements dans un environnement offrant un accès à bas coût aux plaisirs naturellement délicieux du gras et du sucre relève de la naïveté ou... de la diversion. Car ce qu'il s'agit d'éviter, c'est l'élaboration politique de mesures de régulations actives de l'environnement alimentaire (voir chapitres 5 et 6).

Une proposition combinant étiquetage des produits emballés en face avant avec des feux tricolores (vert-orange-rouge), taxation nutritionnelle des sucres, graisses et sel ajoutés, interventions sur l'environnement des choix et réorientation de la production agroalimentaire est concevable. Mais ces mesures doivent être discutées tant sont hétérogènes les intérêts des acteurs concernés : consommateurs, paysans, grands exploitants agricoles, agro-industriels, distributeurs et promoteurs de la santé publique n'ont évidemment pas les mêmes bénéfices à attendre d'une telle politique. Les consommateurs doivent être replacés au centre du processus de délibération, puisque c'est de leurs arbitrages entre santé et plaisir qu'il est question, ce qui implique une participation plus large que les quelques sièges concédés au Conseil national de l'alimentation. Prendre au sérieux l'idée de souveraineté des consommateurs impose de les laisser choisir, en dernier ressort, les risques qu'ils souhaitent prendre *en toute connaissance de causes et de conséquences*. L'appel à une délibération collective, portant non seulement sur les politiques de consommation et de santé à mettre en œuvre, mais également sur l'organisation industrielle du secteur agroalimentaire (et de la distribution), est une nécessité. En rendant le débat au public, on restaure une forme de souveraineté collective, sinon individuelle, sur l'alimentation.