

Allergies et intolérances alimentaires : tendances et enjeux pour l'action publique

Depuis les années 1970, la fréquence des allergies et intolérances de toutes natures, y compris alimentaires, augmente dans l'ensemble des pays développés. Diverses hypothèses explicatives ont été avancées : évolutions de l'environnement, des produits consommés, des modes de vie, etc. La croissance de ces troubles constitue aujourd'hui un problème de santé publique. Dans ce contexte, cette note fait un état des lieux des principales tendances observées en France et dans le monde, passe en revue les explications de cette évolution et évoque quelques pistes d'action publique.

Les allergies de toutes natures représentent, selon l'OMS, la quatrième maladie chronique dans le monde. Parmi elles, les allergies alimentaires sont souvent qualifiées de « deuxième vague allergique », après l'asthme¹. Leur fréquence augmente régulièrement depuis une trentaine d'années, et elles touchent aujourd'hui 250 millions de personnes². Leur prévalence en France est estimée, selon l'INSERM, à 2 % chez l'adulte et 5 % chez l'enfant, représentant 8 % du total des allergies toutes causes confondues³. La hausse est principalement constatée dans les pays développés, mais certaines études indiquent que les pays émergents ou en développement sont également touchés par le phénomène⁴. Outre les allergies, on constate aussi une progression assez générale des intolérances alimentaires.

L'augmentation de ces pathologies chroniques constitue un problème de santé publique, et comporte un coût économique et social croissant. Ceci conduit à s'interroger sur les causes du phénomène, sur son ampleur réelle et sur les modalités de sa gestion publique.

Cette note fait un point sur la situation en France et dans le monde. La première partie rappelle le mécanisme physiologique à l'origine des allergies et intolérances alimentaires. Sont ensuite analysées les principales tendances à l'oeuvre et leurs

interprétations. Enfin, la troisième partie traite des réponses possibles de la part des pouvoirs publics.

1. Mécanismes à l'origine des allergies et intolérances alimentaires

L'allergie alimentaire peut être définie comme une réponse immunitaire inappropriée à un composant d'un aliment, le plus souvent une protéine, par un individu prédisposé. Les symptômes, de gravité très variable, peuvent être digestifs (troubles intestinaux), cutanés (érythème, urticaire), respiratoires (asthme) ou généraux (œdème, choc anaphylactique). Lors d'une première exposition à un allergène, le système immunitaire du patient fabrique des anticorps sans qu'aucun symptôme n'apparaisse. En cas de contacts ultérieurs, le système immunitaire va reconnaître les allergènes et lancer la réaction allergique proprement dite. Les allergies les plus fréquentes et les plus graves sont liées aux immunoglobulines de type E spécifiques à une substance. Elles sont dites « IgE dépendantes ». Cependant, on note aussi une montée des allergies « non IgE dépendantes », qui se manifestent par des symptômes digestifs (entérocolites, œsophagites).

Le mécanisme de l'intolérance alimentaire, quant à lui, n'implique pas le système

immunitaire : il résulte le plus souvent d'une déficience du système enzymatique, qui empêche la bonne dégradation d'un composant d'un aliment. Par exemple, l'intolérance au lactose (sucre du lait), provient d'une insuffisance en lactase, l'enzyme intestinale dégradant ce sucre. Il existe aussi des intolérances dites « pharmacologiques », en lien avec des substances pharmacologiquement actives présentes dans l'aliment : ainsi, le thon rouge peut contenir de l'histamine, ayant des effets vaso-dilatateurs. Le tableau 1 présente les différents types d'hypersensibilités alimentaires, en distinguant allergies et intolérances.

1. Prescott S., Allen K.J., 2001, « Food Allergy: riding the second wave of the allergy epidemic », *Pediatr Allergy Immunol*, 22(2):155-60, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21332796>.

2. Bonnet B., Vinot P.A., Bellier B., 2017, « Cibles et immunothérapies innovantes dans le traitement de l'allergie alimentaire », *Revue française d'allergologie*, <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01483716>.

3. Conférence de presse du 12^e Congrès francophone d'allergologie Paris (25-28 avril 2017).

4. Cheik R. *et al.*, 2013, « Étude comparée de la sensibilisation à cinq aliments principaux chez des enfants de 3 à 14 ans vivant au Maghreb et en Afrique sub-saharienne », vol. 53, n° 3, *Revue Française d'Allergologie*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187703201300047X>.

Tableau 1 - Classification des allergies et intolérances alimentaires

Hypersensibilités allergiques : allergies alimentaires		Hypersensibilités non allergiques : Intolérances alimentaires		
Médiées par les IgE	Non médiées par les IgE	Enzymatiques	Pharmacologiques	Autres, non définies
Réponses immunes dues à la présence dans le sang d'anticorps spécifiques d'une substance	Réponses immunes mettant en cause d'autres immunoglobulines, les complexes immuns ou la médiation cellulaire, parmi lesquelles les SEIPA (Syndrome d'entérocolite induit par des protéines alimentaires)	Liées au déficit d'une enzyme digestive	Liées à la présence de diverses substances dans l'aliment	Dont le mécanisme d'action n'est pas encore totalement élucidé
Exemples d'aliments incriminés : <ul style="list-style-type: none"> ▣ Chez l'enfant : œuf, lait, arachide ▣ Chez l'adulte : arachides, noisettes, poisson 	Exemples d'aliments incriminés : lait, soja, blé, œuf...	Exemple : déficit en lactase	Amines vasoactives Aliments histaminolibérateurs (exemple : thon)	Exemple : sulfite

Source : d'après le tableau « Classification des réactions adverses aux aliments » de l'UMR CEA/INRA Service de pharmacologie et d'immunoanalyse

L'Union européenne répertorie actuellement quatorze aliments allergéniques dits « à déclaration obligatoire » (ADO) (encadré 1). Cette liste est révisable. De consommation courante, plusieurs de ces aliments sont fréquemment incorporés, à des fins organoleptiques ou technologiques, dans les préparations industrielles : soja, arachide, lait, sésame, ou encore poisson. En dehors de ces allergènes répertoriés, il existe des allergènes émergents, par exemple l'épice fenugrec⁵ ou le kiwi⁶. Les allergies à divers fruits (fraises, pêches, pommes) ont également été signalées⁷. Parmi les ADO figurent les céréales contenant du gluten (dont la principale est le blé). Ces aliments, à l'origine d'un grand nombre de produits

de base de notre alimentation, peuvent provoquer des troubles alimentaires distincts (encadré 2).

2. L'augmentation des hypersensibilités alimentaires : un phénomène complexe

2.1. Tendances en France et dans le monde

La hausse des cas d'allergies et intolérances alimentaires est constatée depuis une trentaine d'années dans les pays développés. Si elle est en partie due à un recensement plus exhaustif, grâce à de meilleurs outils de diagnostic, cela ne suffit pas à expliquer la tendance constatée.

Les types d'allergies varient d'un pays à l'autre, en fonction des habitudes de consommation. Les allergènes courants seront par exemple le soja au Japon, les pois chiches en Inde, les lentilles et pois chiches en Espagne⁹. En Asie de l'Est, les allergies aux produits de la mer sont fréquentes, celles dues à l'arachide rares. Des évolutions sont aussi constatées en lien avec des changements alimentaires : l'allergie au blé est devenue assez fréquente au Japon, en Corée du Sud et en Thaïlande. Globalement, les allergies et intolérances augmentent en Asie, au point d'égaliser parfois les régions occidentales¹⁰.

Il y a actuellement assez peu d'allergies ou d'intolérances signalées sur le continent africain, sans que l'on sache la part liée au nombre de cas réels ou à un déficit de diagnostics. La relative préservation de la population africaine pourrait être liée à une alimentation basée sur des denrées bien tolérées. Or, cela pourrait évoluer avec le développement de modes de vie plus urbains et une alimentation « à l'occidentale »¹¹.

Encadré 1 : Principaux allergènes alimentaires

- Céréales contenant du gluten (blé, seigle, orge, avoine, épeautre, kamut ou leurs souches hybridées) et produits à base de ces céréales
- Crustacés et produits à base de crustacés
- Œufs et produits à base d'œufs
- Poissons et produits à base de poissons
- Arachides et produits à base d'arachide
- Soja et produits à base de soja
- Lait et produits à base de lait (y compris de lactose)
- Fruits à coques (amandes, noisettes, noix, noix de cajou, de pécan, de macadamia, du Brésil, du Queensland, pistaches) et produits à base de ces fruits
- Céleri et produits à base de céleri
- Moutarde et produits à base de moutarde
- Graines de sésame et produits à base de graines de sésame
- Anhydride sulfureux et sulfites en concentration de plus de 10mg/kg ou 10 g/l (exprimés en SO₂)
- Lupin et produits à base de lupin
- Mollusques et produits à base de mollusques

Source : auteure, d'après le site internet de la DGCCRF : <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf>.

Encadré 2 : Les différentes hypersensibilités alimentaires liées aux céréales

Le blé et les céréales contenant du gluten peuvent provoquer des troubles de quatre types :

- une allergie alimentaire (qui concernerait moins de 0,5 % des Français, selon l'association française des intolérants au gluten-AFDIAG) ;
- une allergie respiratoire (asthme du boulanger) ;
- une maladie intestinale auto-immune, la maladie cœliaque, qui concerne environ 1 % des Français ;
- une sensibilité non cœliaque au gluten (*non coeliac gluten sensitivity - NCGS*), qui se traduit par des signes digestifs de gravité variable. On ne connaît pas son mécanisme, ni les constituants du blé qui pourraient être en cause, ni de marqueurs de diagnostic et il est donc difficile d'évaluer sa fréquence. Ces pathologies digestives, sur lesquelles il n'y a pas unanimité de la communauté scientifique, font l'objet de recherches⁸.

Source : auteure, d'après l'INRA, <http://www.inra.fr/Grand-public/Alimentation-et-sante/Tous-les-magazines/Digestibilite-maladies-liees-au-gluten-et-diversite-genetique-du-ble>

5. Dutau G., 2015, « Le fenugrec, un allergène émergent ? », *Revue Française d'Allergologie*, Vol. 53, n° 8, <http://www.em-consulte.com/en/article/856047>.
6. Moreno Alvarez A. *et al.*, 2015, « Kiwifruit allergy in children, characterisation of main allergens and patterns of recognition », *Children*, 2(4), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4928771/>.
7. Burney P. G. *et al.*, 2013, « The prevalence and food sensitization in European adults », *Allergy*, 69(3), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24372074>.
8. Mansueto P. *et al.*, 2014, « Non-celiac gluten sensitivity: literature review », *J. Am. Coll. Nutr.*, 33(1), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24533607>.
9. Travaux sur les allergies alimentaires de l'unité de recherche Biopolymères interactions assemblages : www6.angers-nantes.inra.fr/bia/Equipes-de-recherche/Allergie-aux-protéines-alimentaires-ALL.
10. Lee A. J. *et al.*, 2013, « Food allergy in Asia, how does it compare? » *Asia Pacific Allergy*, 3(1), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3563019/#B1>.
11. Blanc S. *et al.*, 2017, *Ecologie de la santé : pour une nouvelle lecture de nos maux*, éditions Cherche-Midi.

Au-delà de ces différences entre continents, l'allergie alimentaire est un réel souci pédiatrique à l'échelle mondiale, avec une prévalence de 10 % dans les pays développés et une augmentation rapide dans certains pays émergents (ex : 7 % en Chine)¹². La fréquence des allergies est généralement plus élevée chez les enfants¹³, qui présentent en outre une sensibilité plus grande aux allergènes d'origine animale (lait de vache, œufs) que les adultes, plus sensibles, eux, aux allergènes végétaux¹⁴ et aux fruits de mer. S'agissant des intolérances, celle au lactose est plus fréquente chez les adultes, du fait de la diminution du taux de l'enzyme lactase avec l'âge.

2.2. Hypothèses avancées pour expliquer l'augmentation des cas

Différentes théories ont été avancées pour expliquer la hausse des hypersensibilités alimentaires. Certaines reposent sur des évolutions environnementales, d'autres sur les transformations des comportements alimentaires. Il existe également un facteur génétique.

Selon l'hypothèse hygiéniste avancée en 1989 par Strachan¹⁵, le mode de vie occidental « aseptisé », en diminuant le taux d'infections infantiles, a affaibli les défenses du système immunitaire, ce qui l'a rendu plus sensible aux allergènes. Plus récemment, Rook a développé l'hypothèse des « vrais amis », bactéries commensales bénéfiques pour l'organisme humain, dont la destruction, via une aseptisation extrême, aurait déséquilibré le microbiote intestinal, créant un terrain propice aux intolérances et allergies¹⁶. En parallèle, des études ont montré que les probiotiques, en restaurant le microbiote, pouvaient diminuer certaines allergies¹⁷. Enfin, des allergologues estiment que le report de la diversification alimentaire, un temps recommandé (1980) pour éviter les aliments allergisants, a pu contribuer à l'augmentation des cas¹⁸.

Les dégradations environnementales sont également évoquées pour expliquer les allergies, « filles plus ou moins directes de la pollution » selon M. Aubier¹⁹. C'est aussi le cas pour les intolérances : une étude de l'unité de recherche TOXALIM a identifié, chez le rat de laboratoire, un lien entre exposition périnatale à un perturbateur endocrinien (bisphénol A) et la survenue d'intolérances alimentaires à l'âge adulte²⁰.

L'évolution des consommations et des modes de préparation alimentaires est une cause également avancée. Ainsi, la fréquence accrue des divers troubles liés aux céréales

pourrait être expliquée par la baisse de la digestibilité des variétés de céréales, ou par les procédés de panification. Une étude clinique avec cohorte d'hypersensibles au gluten non cœliaques (dans le cadre du projet *GlutN*²¹ financé par l'ANR) vise à compléter les connaissances sur cette question.

Le développement de la restauration hors-domicile et de l'alimentation industrielle serait un autre facteur explicatif, et ce à plusieurs titres : multiplication des ingrédients, ce qui augmente la probabilité d'allergénicité ; contaminations accidentelles ; process de fabrication pouvant augmenter ou diminuer le caractère allergisant du composant (ex : la cuisson des fruits rosacés peut diminuer leur allergénicité), et enfin complexité alimentaire favorisant les allergies croisées (lorsqu'un individu sensible à un allergène réagit à un autre, parfois non alimentaire, ex : allergies « pomme-bouleau » ou « latex-kiwi »).

Par ailleurs, l'innovation alimentaire propose souvent des « nouveaux aliments », pouvant comporter des néo-allergènes²², notamment des protéines végétales, en l'état ou incorporées, qui par ailleurs répondent à certains objectifs nutritionnels, écologiques et éthiques. Le règlement communautaire « Novel food » prévoit pour ces produits une évaluation toxicologique et une autorisation de mise sur le marché.

En matière d'intolérances alimentaires, il convient de citer le groupe des FODMAPS (*Fermentable Oligo-, Di-, Mono-saccharides And Polyol*), sucres fermentescibles, responsables du « syndrome de l'intestin irritable (SII) », qui touche 7 à 15 % de la population en France²³. Ces produits très divers (allant des substituts de sucre aux fruits et légumes), fréquents dans l'alimentation occidentale, ont pour certains (ail et oignon par exemple), des effets nutritionnels bénéfiques, qui doivent être mis en balance avec leurs risques d'intolérance.

3. Gestion publique et enjeux sociétaux

3.1. Recherche et réseaux de surveillance

Divers réseaux internationaux travaillent sur ces questions²⁴. Le réseau VITAL²⁵ englobe principalement la Nouvelle-Zélande et l'Australie. La Commission européenne soutient diverses initiatives scientifiques, comme l'action ImpARAS (*Improving Allergy Risk Assessment Strategy for new food proteins*), sur les nouvelles protéines. Elle appuie aussi le projet « Europrevail », qui étudie des allergies alimentaires via des cohortes d'enfants et adultes, dans des

pays européens et tiers (Russie, Chine, Inde et Ghana), avec un ciblage sur l'allergie à l'arachide. Au Royaume-Uni, une étude de cohortes de la FSA (*Food Standard Agency*) a montré une diminution du taux d'allergies entre 4 et 10 ans, puis une hausse entre 10 et 18 ans²⁶.

En France, différentes équipes de recherche, de l'INRA et du CEA notamment, participent à des travaux sur la fixation de seuils, élément crucial pour la gestion du risque. Les limites principales d'innocuité sont celles de la dose sans effet observable (NOAEL) et celle de la plus petite dose avec effet observable (LOAEL). Actuellement, il n'y a pas de plafond

12. World Allergy Organisation : <http://www.worldallergy.org/>

13. Dutau G., 2003, « Épidémiologie des allergies alimentaires », *Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique*, vol. 43, n° 8, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S033574570300282X>.

14. AFSSA, 2008, *Allergies alimentaires et étiquetage de précaution*, <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT-Ra-AllergiesEtiquetage.pdf>. 15.

15. Strachan D., 1989, « Hay fever, hygiene and household size », *British Medical Journal*, 299(6710), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2513902>.

16. Rook, G.A.W., 2012, « Hygiene Hypothesis and Autoimmune Diseases », *Clinic Rev Allerg Immunol*, 42:5, <https://link.springer.com/article/10.1007/s12016-011-8285-8>.

17. INRA, 2013, « Des probiotiques pour prévenir l'allergie au blé ? », <http://www.inra.fr/Entreprises-Monde-agricole/Resultats-innovation-transfert/Toutes-les-actualites/Prebiotiques>.

18. Just J. et al., 2017, *Allergies alimentaires. Nouveaux concepts, affections actuelles, perspectives thérapeutiques*, Elsevier Masson.

19. Aubier M., 2013, *op. cit.*

20. INRA, 2017, « Bisphénol A et intolérance alimentaire, un lien établi pour la première fois », <http://presse.inra.fr/Communiqués-de-presse/Bisphenol-A-et-intolérance-alimentaire-un-lien-etabli-pour-la-premiere-fois>.

21. INRA, 2018, « *GlutN*, comprendre la sensibilité au gluten et proposer des produits adaptés à base de blé », <http://presse.inra.fr/Communiqués-de-presse/Sensibilite-au-gluten-et-produits-adaptes>.

22. Lesage M., 2018, « Nouvelles protéines et allergénicité », <http://veilleagri.hautetfort.com/archive/2018/06/07/nouvelles-protéines-et-allergénicité-6059109.html>.

23. Présentation par Bouteloup C., CHU de Clermont-Ferrand, <http://fr.calameo.com/read/00389523648b45d5a4e>.

24. Moneret-Vautrin D. A., 2008, « Epidémiologie de l'allergie alimentaire », *Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique*, vol. 48, n°3, pp. 171-178, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0335745708000440>.

25. Réseau VITAL : <http://allergenbureau.net/about-us/our-members/>.

26. Vankataraman D. et al., 2015, « Longitudinal trends in food allergy patterns in the first 18 years: Results of the Isle of Wight birth cohort study », *Archives of Disease in Childhood*, vol. 97, Issue 1, http://adc.bmj.com/content/97/Suppl_1/A22.4.

officiel fixé pour chaque allergène. Pour le gluten, le règlement communautaire 41/2009 a fixé un seuil maximal acceptable de 20 mg/Kg de produit fini pour justifier l'appellation « sans gluten ». Le Projet MANOE (Maîtrise Allergène NutritiOn Enfant)²⁷ a, lui, étudié la réactivité d'enfants allergiques à de faibles doses d'allergènes très courants (arachide, lait, blé et œuf). Il confirme l'intérêt des seuils réglementaires, qui aideraient certains patients à se passer de traitement.

3.2. Politiques publiques de gestion des risques

Les allergies et intolérances provoquent des troubles médicaux de gravité variable, ayant des conséquences sociales (repas différents, obligation de ne pas manger « comme les autres ») et économiques (surcoût d'un régime strict). Elles font aussi peser des charges sur la société (arrêts de travail, système de soins, aides diverses). Aux États-Unis, le coût des allergies alimentaires a été estimé en 2011 à 225 millions de dollars²⁸.

Pour protéger les consommateurs allergiques, la réglementation européenne a prévu un étiquetage obligatoire signalant la présence d'un des 14 ADO. D'abord appliquée aux produits alimentaires industriels préemballés (règlements 2003/89/CE et 2007/68 CE), la disposition a été étendue aux autres produits, y compris dans les établissements de restauration (règlement communautaire 1169/2011, transposé par le décret 2015-447). Les professionnels, quand ils n'excluent pas la possibilité d'une contamination fortuite, ont recours à l'étiquetage dit « de précaution », avec une mention du type : « pourrait contenir des traces d'allergènes ».

27. Tranquet O. *et al.*, 2016, « Projet MANOE, Maîtrise Allergène NutritiOn Enfant. Étude de la réactivité de patients allergiques à des faibles doses d'allergènes (blé, œuf, lait, arachide). Détection et quantification des allergènes présents à faibles doses dans des matrices alimentaires complexes », *Innovations Agronomiques*, n° 52, <https://prodinra.inra.fr/record/381373>.

28. Patel D. A. *et al.*, 2011, « Estimating the economic burden of food induced allergic reactions and anaphylaxis in United States », *The Journal of allergy and clinical immunology*, 128(1), <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091674911004313>.

29. XERFI, 2017, *Le marché des produits pour allergiques et intolérants alimentaires à l'horizon 2020*, https://www.xerfi.com/presentationetude/Le-marche-des-produits-pour-allergiques-et-intolerants-alimentaires-a-l-horizon-2020_71AA42/teaser.

Les enjeux sont aussi de répondre aux demandes relatives aux diagnostics, à la traçabilité des aliments allergènes et à la disponibilité en produits de substitution. Pour cela, il faut assurer la formation continue du corps médical et, surtout, l'information du consommateur-patient, qui doit gérer sa maladie. À cette fin, il existe des réseaux de suivi médical, comme le réseau d'allergovigilance, mais également des réseaux collaboratifs et des initiatives citoyennes facilitant le quotidien des personnes allergiques. Les patients atteints de maladie cœliaque peuvent bénéficier d'une aide financière auprès de l'assurance maladie, sur prescription médicale ; mais cette subvention mensuelle (de l'ordre de 50 euros pour un adulte et 35 pour un enfant), ne couvre pas la totalité du surcoût d'achats d'aliments de substitution.

3.3. Dimension sociétale

La gestion de l'éviction des allergènes est complexe car elle concerne des aliments simples mais aussi des aliments industriels à multiples composants. La mise à l'écart des prises alimentaires collectives est difficile socialement, surtout pour les enfants. De plus, elle pose des problèmes de responsabilité et de gestion du risque pour les établissements scolaires. Pour les intolérants sévères au gluten, les précautions ne se limitent pas aux retraits alimentaires, mais concernent aussi les matériels de cuisine. Ces contraintes induisent chez les mangeurs le sentiment que leur alimentation leur échappe. Au lieu d'être un plaisir, manger devient un danger. Heureusement, de nouvelles technologies se mettent en place, telles des applications permettant d'identifier les aliments inoffensifs, ce qui contribuera à améliorer le confort de vie.

Augmenter la disponibilité en produits alimentaires alternatifs est également une piste pour éviter, chez les allergiques et intolérants, une alimentation trop monotone. Ce marché s'élargit depuis quelques années (+ 8 % en 2014, + 9 % en 2016) et permet d'avoir une alimentation classique²⁹ composée de produits tolérés.

Notons enfin qu'en sus des allergiques et d'intolérants véritables, il existe une population qui, par choix et sans réelle nécessité, décide de consommer des aliments anallergiques ou sans gluten. Ils les assimilent – parfois à tort – à une alimentation plus saine, considérant le gluten comme un

« ennemi alimentaire », au même titre que le sucre, le sel ou l'alcool.

*

L'augmentation des allergies et intolérances alimentaires est une tendance lourde. Touchant surtout les pays développés, elle pourrait s'étendre au reste du monde, en lien avec l'évolution des conduites alimentaires. Cependant, les phénomènes allergiques restent complexes et diverses hypothèses ont été avancées par les scientifiques pour les expliquer, si bien que les projections en la matière restent incertaines. Les efforts en termes de recherche, de réseaux de surveillance et d'évaluation des risques sont donc cruciaux pour mieux les connaître et développer des solutions thérapeutiques. Si les tendances à la hausse se confirment dans les pays émergents et en développement, la collaboration internationale constituera un réel atout, permettant le partage des connaissances et des expériences.

Cette augmentation des allergies et intolérances s'inscrit dans la montée, plus large, des maladies chroniques « non transmissibles » (obésité, diabète, etc.), étroitement liées aux évolutions des modes de vie et des consommations alimentaires, et dont le fardeau dépasse dorénavant celui des maladies transmissibles dans la plupart des pays du monde. Ceci suggère de possibles co-bénéfices de régimes alimentaires plus favorables à la santé, et souligne l'intérêt d'une approche holistique en la matière, dans l'esprit de l'initiative *One Health*.

Madeleine Lesage

Centre d'études et de prospective

Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation
Secrétariat Général

Service de la statistique et de la prospective
Centre d'études et de prospective

3 rue Barbet de Jouy
75349 PARIS 07 SP
Sites Internet : www.agreste.agriculture.gouv.fr
www.agriculture.gouv.fr

Directrice de la publication : Béatrice Sédillot

Rédacteur en chef : Bruno Héralut
Mel : bruno.herault@agriculture.gouv.fr
Tél. : 01 49 55 85 75

Composition : SSP
Dépôt légal : À parution © 2018