

Malnutrition Nord-Sud : état des lieux

Malnutrition Nord-Sud : état des lieux

Malgré les efforts déployés par la communauté internationale depuis la Conférence Internationale sur la Nutrition (1992) et le Sommet mondial de l'alimentation (1996), et en dépit de certains progrès, on constate une persistance massive des problèmes de sous-alimentation et de malnutrition par carences au Sud. De leur côté, les maladies chroniques liées au régime alimentaire sont devenues des problèmes de santé publique qui sont communs aux pays en développement et aux pays industrialisés.

La malnutrition dans les pays en développement

La FAO estime le nombre de personnes sous-alimentées dans le monde à 852 millions dont 815 millions dans les pays en développement. Cette estimation se fonde sur une méthode permettant d'évaluer en pourcentage et en valeur absolue la population qui sur une année n'a pas accès à une quantité suffisante d'aliments pour satisfaire ses besoins énergétiques. La méthode est basée sur une estimation des disponibilités alimentaires et sur l'application d'un seuil critique des besoins énergétiques : par définition les sous alimentés chroniques sont ceux dont la consommation estimée d'énergie est inférieure à celle requise pour maintenir la masse corporelle et permettre une activité physique modérée.

Au-delà de ce chiffre global, d'autres données révèlent l'ampleur et la diversité des problèmes de santé publique liés à l'alimentation ;

- le retard de croissance (soit une taille insuffisante par rapport à l'âge) et/ou l'insuffisance pondérale (un poids insuffisant par rapport à l'âge) touchent plus de 150 millions d'enfants de moins de 5 ans (soit 1 enfant sur 3) ;
- Les adultes - et en particulier les femmes - sont près de 250 millions, dans les pays en développement, à souffrir d'un poids insuffisant à cause d'une malnutrition ;
- 2 milliards de personnes de tous âges sont touchées, à des degrés divers, par ce qui a été appelé au début des années 1990 la « faim cachée », c'est-à-dire des carences en micronutriments (Il s'agit de nutriments qui sont présents en petites quantités dans l'alimentation et qui sont essentiels au bon fonctionnement de l'organisme) tels que le fer, la vitamine A, l'iode ou le zinc ;
- Les maladies non transmissibles liées à l'alimentation - obésité, diabète non insulino-dépendant, maladies cardio-vasculaires, certains cancers - sont en émergence et en croissance rapide dans beaucoup de sociétés en développement ;
- Par ailleurs, des problèmes plus spécifiques s'étendent, liés à des situations ou à des populations particulières, comme les personnes atteintes du SIDA (dans certaines populations l'impact sur la sécurité alimentaire et sur le devenir des orphelins est énorme), les réfugiés et personnes déplacées ainsi que les personnes âgées dans le contexte actuel de vieillissement de la population.

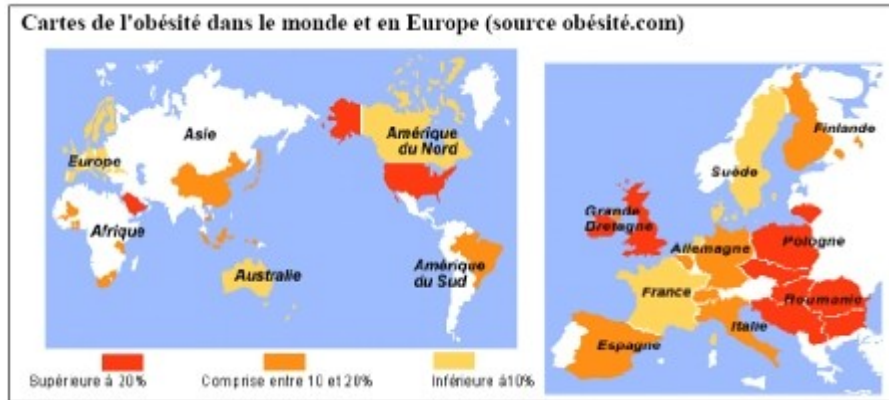
Au total, c'est plus de la moitié de la population mondiale qui est atteinte par une forme ou par une autre de malnutrition, les femmes et les jeunes enfants étant les plus touchés.

Au vu de cette situation, les dirigeants réunis au Sommet mondial de l'alimentation en 1996 se sont engagés, à réduire de moitié la sous-nutrition d'ici 2015. Cet engagement a été inclus, avec d'autres buts fondamentaux, dans les [Objectifs du Millénaire pour le Développement](#), adoptés en septembre 2000 lors du Sommet du Millénaire des Nations Unies.

Au rythme actuel de la diminution de la sous-nutrition, les Objectifs du Millénaire du Développement pour 2005 seront probablement très difficiles à atteindre.

La malnutrition dans les pays industrialisés

Dans les pays industrialisés, bien que les problèmes de malnutrition par carences réapparaissent avec l'augmentation des personnes en situation de précarité, le problème de santé publique le plus important reste l'augmentation de la prévalence des personnes en situation de surpoids ou étant obèses.



On considère qu'un individu adulte est en surpoids lorsque son indice de masse corporelle, ou IMC (poids divisé par le carré de la taille, en kg/m²) est supérieur à 25 et qu'il est obèse quand son IMC est supérieur à 30. Chez les enfants, la définition du caractère obèse est plus délicate en raison des variations de poids et de taille en fonction de l'âge.

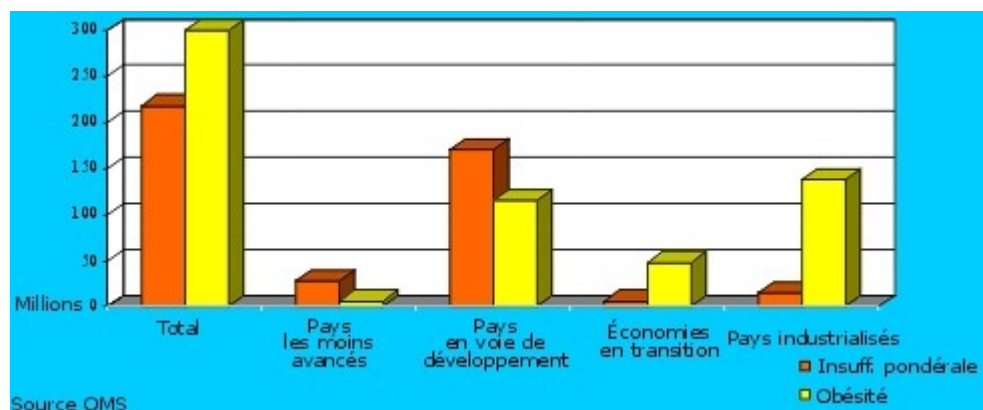
L'obésité est fondamentalement liée aux effets d'un bilan énergétique positif sur une plus ou moins longue période : les apports journaliers sont supérieurs aux dépenses. La phase de prise de poids peut prendre plusieurs années. La maladie se caractérise par une augmentation importante de la masse grasse - inflation du tissu adipeux - et une augmentation beaucoup plus faible de la masse musculaire. De multiples facteurs favorisent la prise de poids, ils sont pour la plupart d'origine sociétale : qualité de l'alimentation, mode de vie de plus en plus sédentaire, mais également génétiques ou liés à des troubles psychologiques.

Quelques chiffres :

- 150 millions d'adultes, dans les pays industrialisés, sont d'ores et déjà obèses ;
- Deux américains adultes sur trois sont en surpoids et près de 40% obèses ;
- L'Europe compte 30 % d'adultes en surpoids et le nombre d'enfants obèses a doublé en cinq ans ;
- En France on dénombre 8 millions d'obèses, et de 100 000 à 200 000 obésités massives (IMC > 40). La prévalence de l'obésité a augmenté d'environ 45 % entre 1987 et 1996. Chez les 6-9 ans la prévalence d'obésité a triplé depuis 1980 pour atteindre 16%. Cette augmentation de l'obésité n'est pas expliquée par le vieillissement de la population, elle est la même chez les hommes et les femmes et il existe une atténuation de la différence entre le milieu rural et urbain (ObEpi 2000).

La transition nutritionnelle

Dans la plupart des pays du Sud, l'urbanisation et les changements rapides dans les modes de vie et d'alimentation ont entraîné, comme dans les pays industrialisés, l'apparition de problèmes liés au surpoids et à l'obésité. Résultat : de plus en plus de pays sont aujourd'hui confrontés à la fois à des problèmes nutritionnels sévères liés à des carences (retard de croissance et maigreur des moins de 5 ans), et à cette « épidémie d'obésité ». On estime à environ 115 millions le nombre de personnes souffrant d'obésité dans les pays en développement pour un total de 300 millions dans le monde. Cette situation de transition alimentaire et nutritionnelle est plus ou moins avancée selon les régions du monde. Mais dans certains pays émergents, à revenus intermédiaires, les maladies non transmissibles liées à l'alimentation (MNTA) dominent déjà les maladies infectieuses et les carences alimentaires, sans que celles-ci aient pour autant disparu.



Cette évolution a d'abord touché un certain nombre de pays émergents, aux ressources importantes et aux économies plutôt bien intégrées dans les réseaux internationaux, à l'image de la Corée du Sud, du Brésil (50 % de surpoids en 2005), du Mexique, ou plus récemment de la Chine (25% de surpoids en 2002). Ces pays ont su réduire de manière importante les situations de malnutrition et de maladies infectieuses liées à la pauvreté, même si toutes les catégories sociales ne profitent pas équitablement - tant s'en faut - de ces progrès. Progressivement, le phénomène s'est propagé vers des états à faible revenu et à croissance rapide, voire même aux sociétés urbaines des pays les plus pauvres, générant des maladies chroniques qui n'ont pas pris la place des cas de malnutritions et d'infections, mais qui s'y sont, au contraire, ajoutés.

Dans ces pays en développement, maigreur et obésité affectent donc simultanément une grande partie de la population. A tel point qu'il n'est pas rare d'y voir, au sein d'une même communauté, voire d'une même famille, des enfants souffrant d'un retard de croissance au milieu d'adultes en surpoids et atteints de maladies chroniques dégénératives. Une situation complexe et paradoxale, que les services de santé de ces pays, aux ressources encore très limitées, ne sont pas préparés à affronter.

Pour en savoir plus :

www.fao.org/documents/show_cdr.asp?url_file=/docrep/007/y5650f/y5650f00.htm

<http://www.fao.org/FOCUS/F/obesity/obes1.htm>

www.iotf.org

http://www.unsystem.org/scn/Publications/UN_Report.PDF

http://www.fao.org/sof/sofi/index_fr.htm

<http://www.fao.org/mdg/index.asp?lang=fr>

Les effets des malnutritions par carences

La sous alimentation et les carences en micronutriments peuvent avoir diverses conséquences néfastes pour la santé.

La faim, la malnutrition, les carences nutritionnelles et les autres maladies liées à l'alimentation ont des effets sur les capacités de reproduction et d'activité physique, les capacités d'apprentissage et la puissance de travail.

De plus la malnutrition affaiblit les défenses contre les maladies infectieuses accroissant leur fréquence et leur gravité. Comme le montre le schéma ci-dessus, la moitié des décès des enfants de moins de 5 ans dans le monde sont dus à une malnutrition associée à une maladie infectieuse.

Les formes les plus visibles et les plus graves de la malnutrition dans les situations de crises (guerre, sécheresse, déplacement de population ..) sont le marasme et le kwashiorkor¹. Ce sont en général les images qui sont les plus connues des effets de la malnutrition sur la santé.

La malnutrition aiguë est directement associée à une mortalité élevée chez les enfants en bas âge et les nourrissons.

Il existe aussi des formes moins connues mais beaucoup plus fréquentes de malnutrition qui se traduisent par un ralentissement de la croissance et du développement des jeunes enfants.

Au-delà des conséquences visibles, la malnutrition par carence en micronutriments que l'on apprécie mal sans évaluations spécifiques, comme le fer, l'iode ou la vitamine A entraîne des effets graves voir fatals ;

- L'anémie ferriprive, si elle apparaît dans les premier mois et années de la vie, entraîne une baisse importante des capacités cognitives, de l'activité physique et de la résistance aux maladies ;
- La carence en iode, qui a pratiquement disparue dans les pays industrialisés du fait de la politique d'iode obligatoire du sel, est toujours très présente dans les pays en voie de développement notamment dans les zones de l'intérieur enclavées. Elle est la cause d'arriération mentale, de retard dans le développement moteur, d'arrêt de la croissance, de défauts de l'élocution et de l'ouïe ;
- L'avitaminose A est la cause la plus courante de cécité chez les enfants. De plus en raison du rôle de la vitamine A dans la régulation du système immunitaire, une carence même modérée peut entraîner une augmentation du risque de maladies infectieuses, des retards de croissance, et une hausse de la mortalité.

Chez les adultes, notamment les femmes en âge de procréer, le mauvais état nutritionnel et les carences en fer et en iode peuvent avoir de graves répercussions sur le développement du fœtus et accroître le risque de retard de croissance intra-utérin et d'insuffisance pondérale à la naissance, ce qui a pour conséquence une augmentation de la mortalité périnatale.

En outre, les carences en micronutriments sont la cause d'une moindre résistance aux maladies, et d'une plus faible capacité de travail, ce qui se répercute sur la productivité et les revenus.

Les maladies chroniques non transmissibles liées à l'alimentation

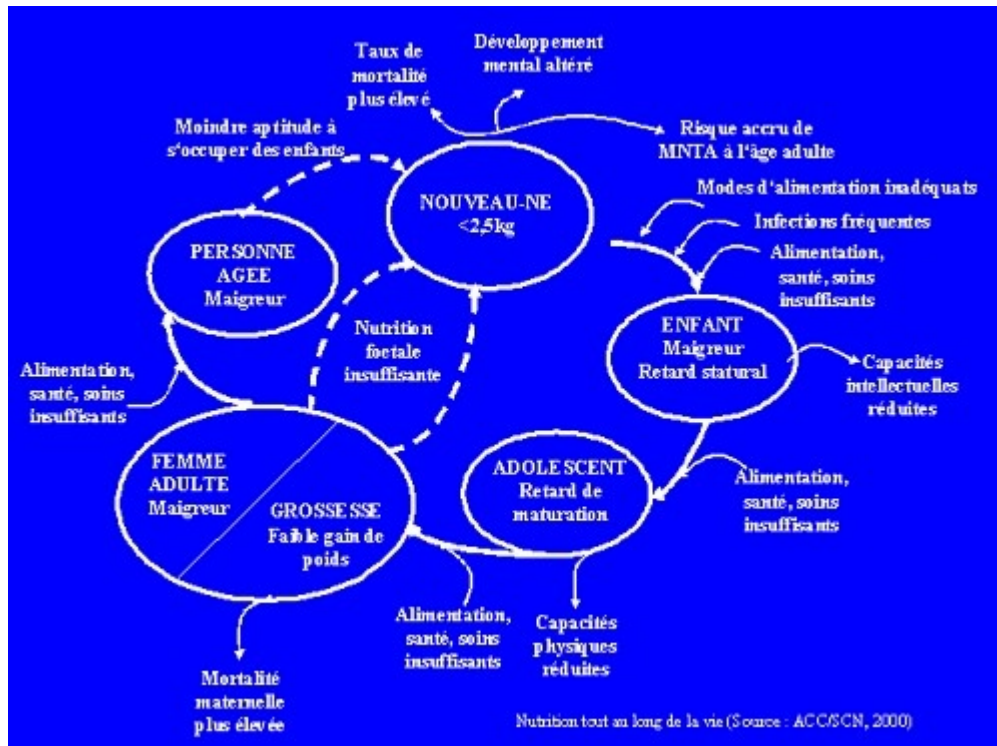
Une véritable épidémie de maladies non transmissibles liées à l'alimentation (MNTA) s'amorce pour les prochaines décennies dans l'ensemble du monde. Leur nom : obésité, diabète, mais aussi maladies cardio- ou cérébro-vasculaires et certains cancers. Ces maladies chroniques sont coûteuses et provoquent de nombreux décès prématurés et la perte de nombreuses années de vie ajustée sur l'incapacité (DALY)². La contribution des maladies non transmissibles aux DALY sera de 60% en 2020 contre seulement 41% en 1990, selon une estimation de l'IOTF³.

Elles ont toutes pour point commun d'être reliées à des facteurs de risques bien connus, dont les effets s'accumulent tout au long de la vie : le manque d'activité physique, les habitudes alimentaires au quotidien (trop de calories, de graisses saturées, de sucre, de sel, pas assez de fibres, de fruits et de légumes.), le tabac, l'alcool.

Le diabète de type 2 est une des principales conséquences de l'obésité, qui touche 194 millions de personnes à travers le monde et des estimations font état de 330 millions de malades en 2025. Les maladies cardiovasculaires, autre conséquence de l'obésité, sont déjà responsables d'un tiers des décès dans le monde, soit 17 millions de morts par an, dont 80% dans les pays pauvres.

D'une manière générale les maladies non transmissibles liées ou non à l'alimentation pourraient être responsable de 50 millions de décès en 2020 contre seulement 28 millions en 1990.

Selon l'OMS, les MNTA sont en passe de détrôner les maladies infectieuses comme principales causes de décès, et ce même dans les pays en développement où les conséquences des maladies liées à la sous nutrition sont encore très présentes.



De plus, les études scientifiques ont montré que la malnutrition pendant la vie foetale et la petite enfance accroissait les risques de développer des MNTA à l'âge adulte. Le nouveau défi est donc de réduire les maladies dues aux carences tout en limitant l'émergence des MNTA, en particulier lorsque les ressources sont limitées et chez les populations défavorisées. Or jusqu'à présent, ces problèmes ont plutôt été traités séparément.

D'une manière générale, on admet aujourd'hui que la majorité des grands problèmes nutritionnels sont liés entre eux. Souvent, la malnutrition démarre pendant la vie foetale et, selon les conditions, peut se prolonger tout au long de la vie, particulièrement chez les filles et les femmes, celles-ci donnant à leur tour le jour à des enfants qui présentent un retard de croissance intra-utérin.

www.who.org/
www.inra.fr/sfn/SFN/informations.htm