

Transition alimentaire: un défi pour la santé

Bernard Maire

Francis Delpeuch

Institut de recherche pour le développement (IRD), Montpellier

Une véritable épidémie de maladies non transmissibles liées à l'alimentation s'amorce pour les prochaines décennies dans l'ensemble du monde. Leurs noms: obésité, diabète, mais aussi maladies cardio- ou cérébro-vasculaires et certains cancers. Ces maladies chroniques sont coûteuses et provoquent de nombreux décès prématurés. Elles ont toutes pour point commun d'être liées à des facteurs de risques bien connus, dont les effets s'accumulent tout au long de la vie: le tabac, l'alcool, le manque d'activité physique... et l'alimentation au quotidien.

Une telle épidémie est bien la conséquence des changements importants qui affectent les modes de vie et les façons de s'alimenter, en particulier dans les pays en développement. À leur tour, ces pays s'industrialisent, s'urbanisent et s'imprègnent, par le biais des médias et de la mondialisation des marchés, d'une sorte de modèle «occidental» des modes de vie et d'alimentation. Cette évolution comporte des avantages certains: la vie au quotidien est devenue en général plus confortable, la nourriture plus abondante et diversifiée. Mais la médaille a son revers: les régimes alimentaires, en particulier, se révèlent inadaptés à une vie toujours plus sédentaire, que ce soit dans le travail ou dans les loisirs. La consommation de produits d'origine animale a augmenté, tout comme celle de matières grasses, notamment de graisses saturées. Boissons et aliments contiennent aujourd'hui de grandes quantités de sucre ajouté. Inversement, la consommation d'amidon à digestion lente et de fibres – avec les minéraux et vitamines associés – a fortement diminué. Des changements rapides et quasi simultanés, qui ne sont pas vraiment perçus par les individus, d'autant que leurs effets pernicioseux ne se font sentir qu'au bout de longues années. Il est donc urgent de contrôler sans tarder ce phénomène avant qu'il ne devienne un défi trop grand pour des sociétés et des nations à faibles revenus.

[Fig. 1]

Figure 1 → Évolution de la structure du régime alimentaire en fonction du revenu et du taux d'urbanisation d'un pays.

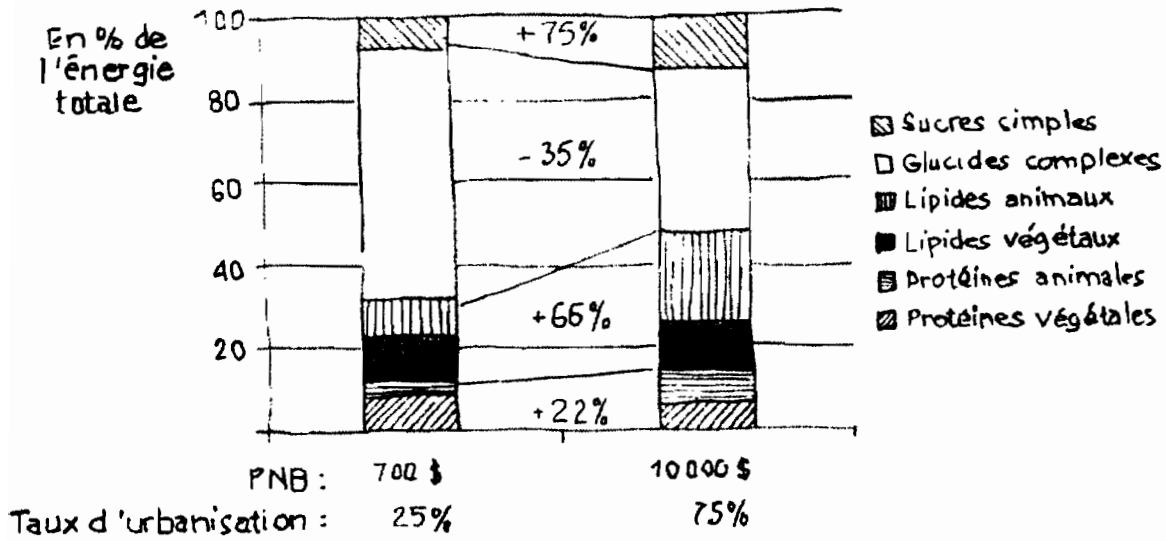


Figure 2 → Population adulte affectée par la maigreur et l'obésité selon le niveau de développement.



L'obésité côtoie la maigreur

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, du Mexique, ou plus récemment de la Chine. 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 faibles revenus et à croissance rapide, voire aux sociétés urbaines des pays les plus pauvres, générant des maladies chroniques qui n'ont pas pris la place des cas de malnutrition et d'infection, mais qui s'y sont, au contraire, ajoutées.

Dans ces pays en développement, maigreur et obésité affectent donc simultanément une grande partie de la population. À 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.

[Fig. 2]

L'évolution s'est accélérée

Ces transitions économiques et alimentaires ne sont pas nouvelles dans l'histoire des sociétés. Mais elles se produisent de plus en plus rapidement. Les pays du Nord se sont industrialisés par étapes, en s'appuyant au départ sur une main-d'œuvre importante qui s'est concentrée progressivement dans les villes. Les changements étaient absorbés au fur et à mesure, les revenus que retirait l'ouvrier de son travail en atténuant les effets négatifs. L'industrialisation moderne, au contraire, repose de plus en plus sur des technologies économes en travail manuel. L'urbanisation massive ne correspond donc pas toujours aux emplois créés, et reste davantage nourrie par l'exode de paysans chassés de leurs terres par la misère.

En parallèle, la mondialisation actuelle, qui véhicule un modèle de vie de type occidental contemporain (publicité, approvisionnement en super- et hypermarchés, etc.), crée une forte demande de produits transformés, que ce soit pour l'alimentation ou les autres domaines de consommation. La majorité des Chinois regarde aujourd'hui la télévision,

objet inconnu pour la plupart il y a seulement 20 ans, et utilise de plus en plus couramment des transports en commun, de diffusion très récente. Leur régime alimentaire, qui contenait il y a 10 ans 10 à 20 % de calories d'origine lipidique, en contient à présent, pour les urbains aisés, plus de 30 %. Quand on sait l'accroissement rapide qu'ont connu les villes de ce pays, on n'est guère étonné que le gouvernement chinois vienne de déclarer l'obésité comme l'un de ses plus grands problèmes de santé publique.

Tout le monde est concerné

Très logiquement, ces changements alimentaires commencent d'abord par affecter, en général, les classes aisées. Leur pouvoir d'achat leur permet de profiter immédiatement de la relative abondance alimentaire qui s'installe dans le pays avec la croissance économique. Mais parce qu'elles sont plutôt bien instruites et influencées par les modèles de minceur corporelle, elles comprennent rapidement le besoin de s'adapter. Le phénomène se généralise cependant très vite – surtout en ville – aux classes moyennes, puis aux plus défavorisées. Celles-ci accèdent subitement à une alimentation énergétique bon marché, mais qui reste peu diversifiée, à la fois pour des raisons de coût et parce que ces personnes n'ont pas reçu une éducation alimentaire suffisante. Les enquêtes menées au Brésil illustrent bien cette évolution: elles révèlent que les problèmes d'hypertension liés à l'obésité sont de plus en plus fréquents dans les îlots urbains de pauvreté. C'est dans ces classes défavorisées que l'on trouve de manière la plus aiguë le cumul de pathologies évoqué précédemment. Non seulement les plus pauvres ne mangent pas toujours à leur faim, mais, de plus, les aliments qu'ils consomment manquent souvent de vitamines et de minéraux antioxydants, qui protègent contre les maladies chroniques. Par ailleurs, si les sociétés industrialisées valorisent et recherchent la minceur, c'est l'inverse dans un grand nombre de sociétés pauvres où l'alimentation était (ou est encore) insuffisante. L'obésité reste considérée comme un symbole de richesse et de statut social, voire de bonne santé, alors que les conditions de vie et d'alimentation ont déjà changé.

Les effets de la privation

En cherchant à comprendre pourquoi certains individus développaient plus de maladies chroniques que d'autres, des scientifiques britanniques se sont aperçus qu'ils n'avaient pas été correctement nourris et soignés lors de la grossesse de leur mère et au cours de leur première année de vie. Ils ont

donc supposé que des conditions de vie défavorables *in utero* et après la naissance pouvaient conduire l'organisme à s'adapter de façon durable pour surmonter cette pénurie prolongée, mais que cette adaptation se révélait nuisible si l'alimentation devenait par la suite plus abondante.

Depuis, de nombreuses observations ont étayé cette hypothèse dite de la «programmation fœtale». Elle expliquerait, en particulier, pourquoi cette transition alimentaire a des effets plus dévastateurs dans les pays où la population adulte, qui jouit aujourd'hui d'une relative abondance énergétique, a fréquemment manqué de nourriture dès sa conception et au cours de sa petite enfance.

Or, si l'on prend comme indicateur d'une possible sous-nutrition un petit poids de naissance (2,5 kg), on constate qu'aujourd'hui encore 95 % des bébés qui naissent dans le monde chaque année avec un poids insuffisant sont originaires de pays en développement. D'où la nécessité de mieux y prendre en charge la grossesse et d'améliorer l'alimentation des premières années de vie.

Des solutions forcément collectives

S'il est clair que des facteurs individuels (génétique, malnutrition durant l'enfance, modèles idéalisés du corps, choix de vie personnels, etc.) jouent un rôle important, on ne pourra pas prévenir une épidémie de cette ampleur sans lancer de grandes actions collectives, que ce soit pour informer et éduquer les populations, ou pour leur proposer des possibilités de vivre différemment. Il paraît également vital de mieux contrôler l'ensemble de l'environnement agroalimentaire (filiales de production, importations, distribution) ainsi que le système de santé, qui doit jouer son rôle de prévention et mieux prendre en charge, de façon collective, les soins de base.

Des infrastructures devront être également aménagées pour favoriser une activité physique diversifiée, en toute sécurité. Enfin, proposer une alimentation saine à un coût le plus bas possible représente plus que jamais un défi pour les politiques alimentaires. C'est à cette seule condition que pourra être évitée une explosion de maladies chroniques amplifiée par le vieillissement progressif des populations mondiales.

Maire Bernard, Delpeuch Francis. (2005)

Transition alimentaire : un défi pour la santé

In : Ghersi G. (dir.) Nourrir 9 milliards d'hommes

Paris : ADPF ; MAE, 38-42. (Débats d'Idées). ISBN 2-914935-48-X