

## CONSOMMATION ALIMENTAIRE EN MARTINIQUE EVOLUTION ET CONSEQUENCES SUR L'ETAT NUTRITIONNEL.\*

F. DELPEUCH, J.L. JIROU-NAJOU, Ph. CHEVALIER, J.L. DYCK, D. FRONTIER-ABOU\*\*

En dépit de leurs conséquences en matière de santé publique la structure et le niveau des consommations alimentaires en Martinique, comme d'ailleurs dans les autres DOM, sont très mal connus. Cette communication présente quelques uns des principaux résultats d'un vaste programme d'enquêtes alimentaires et nutritionnelles entrepris en Martinique à partir de 1980.

### METHODOLOGIE

L'évaluation des situations alimentaire et nutritionnelle de la Martinique fut réalisée à travers plusieurs approches :

- enquête de consommation alimentaire sur un échantillon de 445 maisonnées tirées au sort sur listes cadastrales après stratification et représentant 1 937 personnes.
- enquête de consommation alimentaire en cantines scolaires sur 272 tablées tirées au sort et représentant 2 770 enfants.
- enquête nutritionnelle, clinique, anthropométrique et biologique sur un échantillon de 359 personnes constitué par la méthode des quotas; variables de contrôle : sexe, âge, zone d'habitat, niveau socio-économique.
- enquête nutritionnelle anthropométrique sur 8 113 enfants scolarisés.

### RESULTATS

Bien que les enquêtes réalisées soient transversales nous essaierons de situer les résultats dans une perspective d'évolution en comparant, d'une part le milieu urbain au milieu rural (le modèle alimentaire tradi-

\* Travail réalisé dans le cadre de l'aide DGRST n° 79-7-0483

\*\* Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer (ORSTOM)  
Laboratoire de Nutrition. B.P. 81. 97200 FORT DE FRANCE (Martinique)

tionnel est mieux conservé dans ce dernier cas), d'autre part les différents niveaux socio-économiques entre eux (un des facteurs principaux du changement de la structure des consommations est, en effet, l'augmentation des revenus).

#### CONSOMMATION ALIMENTAIRE

##### Caractéristiques de la structure de consommation\*

Origine alimentaire des nutriments : La figure 1 montre la très grande diversification des sources alimentaires d'énergie, de protéines, de lipides et de glucides. Il s'agit là d'un très grand atout qui limite les risques de déséquilibre alimentaire. Rappelons ainsi que dans beaucoup de pays en développement de la zone tropicale 60 à 90 % de l'énergie des régimes sont souvent fournis par un seul groupe d'aliments, voire un aliment unique avec tous les risques de pénurie et de déséquilibre que cela entraîne.

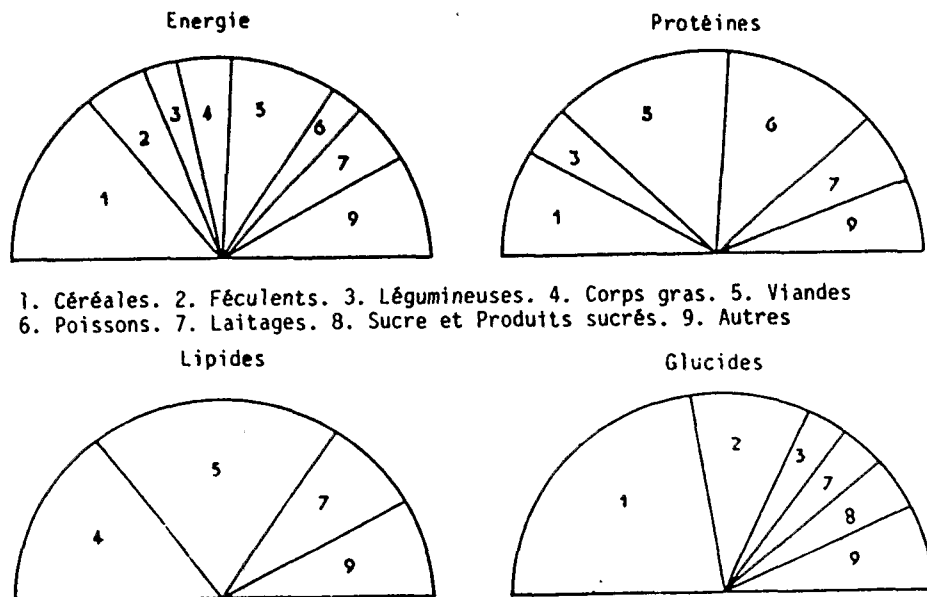


Fig. 1 - Répartition des apports des groupes d'aliments en Energie, Protéines, Lipides et Glucides. (en p.cent de l'apport total)

En Martinique ce sont les céréales qui fournissent la plus grande part de l'énergie (28,4 %), le pain apportant à lui seul 20 % des calories

\* Pour des raisons de simplification, l'analyse des résultats sera limitée à l'énergie, aux protéines aux glucides et aux lipides

totales. La surprise vient de la faible part des féculents locaux, bananes à cuire, fruit à pain (*Artocarpus communis*), ignames (*Dioscorea* op.), choux de chine (*Colocasia esculenta*), choux caraïbes (*Xanthosoma sagittifolium*) et patates douces (*Ipomea batatas*) : seulement 8,3 % de l'énergie consommée.

La part importante des produits d'origine animale dans l'apport énergétique total constitue le facteur qui distingue le plus la structure de consommation martiniquaise de celles des autres pays de la Caraïbe (Fig. 2) : Martinique, plus de 30 %, Sainte-Lucie, 17,5 %, Haïti, moins de 5 %.

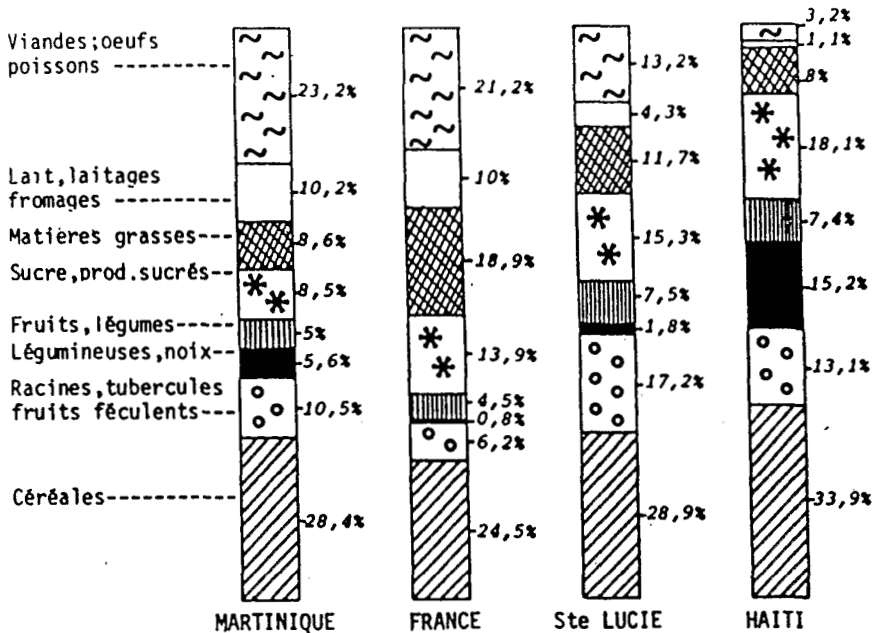


Fig. 2 : Part des différents groupes d'aliments dans l'apport énergétique

En ce qui concerne les protéines, les viandes et les poissons représentent à eux deux plus de la moitié de l'apport total avec des différences notables entre ville et campagne : plus de viandes à Fort de France, plus de poissons en communes. (Tableau I). L'apport non négligeable de la morue salée, notamment en communes est à souligner.

Globalement ce fait majeur de l'alimentation martiniquaise que constitue la prépondérance des produits d'origine animale mérite qu'on s'y arrête.

TABLEAU I - REPARTITION DES PRINCIPALES SOURCES  
DE PROTEINES MILIEU URBAIN VS MILIEU RURAL

Aliments	Apport en protéines	
	p.cent de l'apport quotidien total	
	Fort-de-France	Communes
Pain	12,0	12,8
Bovins	9,8	12,6
Volailles	13,5	7,4
Porc frais	2,8	1,3
Charcuterie/salaisons	4,3	3,7
Morue salée	10,6	14,1
Poissons frais/congelés	9,4	15,6
Laitages	12,4	10,0
	30,4%	25,0%
	20%	29,7%

Contribution des produits d'origine animale aux apports en énergie, protéines et lipides. En Martinique environ un tiers de l'énergie et près des deux tiers des protéines et des lipides sont d'origine animale (Tableau II). Il s'agit là d'un phénomène caractéristique des modèles alimentaires des sociétés industrialisées à haut niveau de vie.

Les pourcentages de calories et de lipides animaux sont plus élevés en ville qu'à la campagne (Tableau II) et lorsque le niveau socio-économique augmente (Tableau III). L'évolution ne semble donc

TABLEAU II - PARTS DES CALORIES, PROTEINES ET LIPIDES D'ORIGINE ANIMALE :  
MILIEU URBAIN VS MILIEU RURAL  
(MOYENNE  $\pm$  ECART-TYPE EN % DES APPORTS TOTAUX)

	Ensemble de la Martinique	Milieu urbain	Milieu rural	Signification des différences
Nombre de familles étudiées	445	148	297	
Calories animales	31,2 $\pm$ 10,9	34,5 $\pm$ 11,7	29,6 $\pm$ 10,1	P < 0,001
Protéines animales	65,5 13,9	66,8 14,2	64,8 13,7	NS*
Lipides animaux	64,1 20,5	70,5 17,4	60,9 21,2	P < 0,001

\* NS = différence non significative

TABLEAU III - PARTS DES CALORIES, PROTEINES ET LIPIDES D'ORIGINE ANIMALE  
EN FONCTION DU NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE  
(MOYENNE  $\pm$  ECART-TYPE EN % DES APPORTS TOTAUX)

n	Niveau 1 81	Niveau 2 112	Niveau 3 187	Niveau 4 65	Signification de l'analyse de variance
% calories animales	37,3 $\pm$ 10,0 <sup>a</sup>	31,7 $\pm$ 10,1 <sup>b</sup>	29,4 $\pm$ 10,8 <sup>bc</sup>	28,2 $\pm$ 11,1 <sup>c</sup>	***
% protéines animales	69,9 12,0 <sup>a</sup>	66,6 12,5 <sup>ab</sup>	63,8 14,3 <sup>b</sup>	62,7 16,0 <sup>b</sup>	**
% lipides animaux	72,2 15,8 <sup>a</sup>	66,2 19,2 <sup>b</sup>	61,8 20,8 <sup>bc</sup>	56,8 23,4 <sup>c</sup>	***

\*\* :  $p < 0,01$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$  , a, b, c, : pour chaque ligne les moyennes n'ayant aucune lettre commune différent significativement

- niveau socio-économique décroissant en allant de 1 à 4.

pas se faire dans un sens favorable, de nombreux travaux ayant mis en évidence l'influence des graisses animales dans la survenue de diverses affections cardio-vasculaires.

Equilibre nutritionnel des régimes. Les plus récentes recommandations en cette matière indiquent qu'un régime équilibré ne devrait pas comporter plus de 30 à 35 p. cent de calories lipidiques et moins de 50 à 55 p. cent de calories glucidiques.

Les résultats de nos enquêtes montrent qu'en moyenne, l'alimentation martiniquaise n'apparaît pas trop surchargées en lipides (moins de 30 p. cent de calories lipidiques). Toutefois le pourcentage de calories lipidiques est plus fort en ville (Tableau IV) et dans le niveau socio-économique le plus élevé (Tableau V).

TABLEAU IV - PARTS DES CALORIES PROTEIQUES, LIPIDIQUES ET GLUCIDIQUES,  
MILIEU URBAIN VS MILIEU RURAL.  
(MOYENNE  $\pm$  ECART-TYPE EN % DE L'APPORT CALORIQUE TOTAL)

	Milieu urbain	Milieu rural	Différence
Calories protéiques	18,3 $\pm$ 4,6	18,0 $\pm$ 4,5	NS*
Calories lipidiques	29,8 10,3	27,7 8,9	P 0,05
Calories glucidiques	51,9 10,5	54,3 9,8	P 0,05

\* NS : différence non significative

TABLEAU V - PARTS DES CALORIES PROTEIQUES, LIPIDIQUES ET GLUCIDIQUES  
EN FONCTION DU NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE  
MOYENNE  $\pm$  ECART-TYPE EN % DE L'APPORT CALORIQUE TOTAL)

N	Niveau 1 81	Niveau 2 112	Niveau 3 187	Niveau 4 65	Signification de l'analyse de variance
Calories protéiques (%)	18,2 $\pm$ 4,5	18,0 $\pm$ 4,5	18,0 $\pm$ 4,6	18,1 $\pm$ 4,8	NS
Calories lipidiques (%)	32,8 8,7 <sup>a</sup>	28,3 8,9 <sup>b</sup>	27,0 8,9 <sup>b</sup>	27,3 11,1 <sup>b</sup>	** *
Calories glucidiques(%)	49,0 8,9 <sup>a</sup>	53,7 8,5 <sup>b</sup>	55,0 10,4 <sup>b</sup>	54,6 11,7 <sup>b</sup>	** *

\* :  $p < 0,05$ , \*\* :  $p < 0,01$ , \*\*\* :  $p < 0,001$

Le pourcentage d'énergie protéique est élevé quelque soit la zone d'habitat et le niveau socio-économique.

#### Niveau de la consommation

Le niveau de la consommation exprimé en pourcentage des apports recommandés pour les principaux nutriments montre qu'en moyenne les taux de couverture sont satisfaisants.

TABLEAU VI - TAUX DE SATISFACTION GLOBAL DES  
"APPORTS RECOMMANDES" EN DIVERS NUTRIMENTS  
(MOYENNE  $\pm$  ECART-TYPE SUR UN ECHANTILLON REPRESENTATIF DE LA POPULATION MARTINICAISE ; 445  
GROUPES ALIMENTAIRES) (EN % DES AR)

énergie	99,9 $\pm$ 37,0
protéines	148,9 61,9
calcium	128,0 68,0
fer	105,4 64,6
magnésium	79,7 36,4
vitamine A	193,4 387,6
Vitamine C	356,9 391,1
vitamine B <sub>1</sub>	96,6 52,0
vitamine B <sub>2</sub>	98,2 85,8
vitamine PP	112,8 55,5
vitamine B <sub>6</sub>	72,8 40,7
vitamine B <sub>12</sub>	342,9 738,0

Les seuls risques de carences ou de subcarences semblent se situer au niveau du magnésium et des vitamines du groupe B.

Dans l'ensemble ces moyennes ne masquent pas de différences importantes entre les divers groupes de populations étudiés (milieu urbain/milieu

rural, niveau socio-économique).

Cette situation satisfaisante est probablement assez récente ainsi qu'en témoigne l'évolution de la consommation apparente calculée sur 10 ans (Tableau VII). Au sein d'une consommation globale en progression sensible ce sont les céréales, les laitages, les matières grasses et surtout les viandes dont la consommation a augmenté alors que celle des fruits et légumes et des poissons stagnait et que celle des produits salés diminuait.

TABLEAU VII - EVOLUTION DE LA CONSOMMATION ALIMENTAIRE APPARENTE EN MARTINIQUE ENTRE 1966 ET 1976 (EN % PAR PERSONNE)

GROUPES D'ALIMENTS		ALIMENTS PARTICULIERS	
Céréales	+ 29,7	Farine de froment	+ 23,6
		Riz et pâtes	+ 44,7
		Pâtisseries-biscuits	+ 87,9
Fruits et légumes (y compris féculents)	+ 4	A l'état frais	+ 2,7
		en conserves	+ 52,9
Légumineuses	- 11		
Viandes	+ 76,7	Salaisons	- 16,9
		Conserves	+124
		Volailles	+487
Poissons	+ 1,6	Poissons frais ou congelés	+ 1
		Morue salée	- 10,5
		Conserves	+147
Laitages	+ 45	Lait	+ 38,8
		Fromages	+127,1
Matières Grasses	+ 31,6	Beurres	+ 71,8
		Margarine	+178,9
		Huiles végétales	+ 21,5
Sucre et produits sucrés	+ 9,6		
Boissons alcoolisées	+ 35,4	Rhums	- 21,5
		Alcools importés	+ 60,9
Boissons non alcoolisées	+ 95,7		

Ainsi, l'augmentation de la consommation alimentaire en Martinique s'est accompagnée d'une modification profonde des comportements et habitudes alimentaires. En matière d'alimentation la Martinique semble actuellement placée à un carrefour : proche du "modèle alimentaire" des sociétés industrialisées par la diversité des aliments, la grande quantité des protéines consommées et l'importance des produits d'origine animale dans les rations elle s'en éloigne par une utilisation plus forte de légumineuses et de féculents et surtout par une répartition différente des sources de protéines animales : plus de poissons et moins de viandes riches en lipides.

Ce dernier point est évidemment très favorable, un des grands problèmes actuels des régimes alimentaires occidentaux étant de limiter la consommation excessive de lipides associés aux protéines dans les laits et certaines viandes.

En Martinique la proportion d'énergie fournie par les lipides reste encore dans des limites acceptables en partie grâce aux parts importantes que prennent les poissons et les volailles (relativement pauvres en lipides) dans les consommations de produits animaux. Toutefois, l'évolution récente indique que des changements rapides risquent de remettre cet avantage en question et au total il convient d'insister sur le fait que l'équilibre nutritionnel de la Martinique est beaucoup plus proche de celui des sociétés industrialisées que de celui de la plupart des pays de la zone tropicale et en particulier des pays voisins de la zone Caraïbe. Le niveau de vie relativement élevé en Martinique constitue un des facteurs explicatifs essentiels de cette structure alimentaire : le PIB par tête a été multiplié par 7 depuis 1950 et représente actuellement 6 fois celui de Sainte-Lucie et environ 10 fois celui de Haïti. Un autre élément important est la grande dépendance vis à vis des importations : 65 % des viandes, 90 % des laitages, 45 % des poissons.

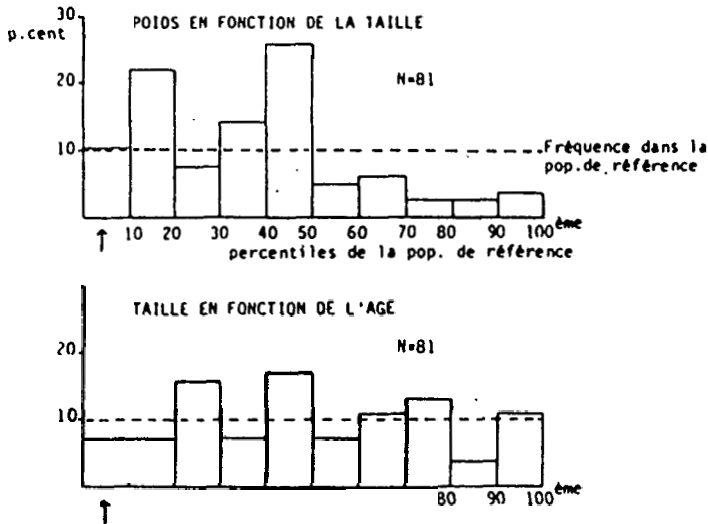
#### ETAT NUTRITIONNEL

##### **Malnutrition protéino-énergétique (MEP) de l'enfant.**

Le poids en fonction de la taille (PT), indicateur de l'état nutritionnel actuel de l'enfant et la taille en fonction de l'âge (TA) indicateur de l'état de nutrition passé de l'enfant ont été utilisés. Ainsi, il est possible de faire la distinction entre la malnutrition actuelle de courte durée qui n'aura qu'une influence sur le poids de l'enfant et la malnutrition chronique (de longue durée) qui aura une incidence sur la taille de l'enfant en perturbant la croissance osseuse.



La distribution des poids et tailles des enfants de 0 à 10 ans de notre échantillon de la population générale a été comparée à celle des enfants de la population de référence nord-américaine (fig. 3). Il y a une tendance à un décalage des poids vers les percentiles inférieurs mais en majorité il s'agit de déficits pondéraux très modérés: 2,6 % seulement des cas inférieurs au 3ème percentile.



Pour la taille ce décalage n'existe pas ; les deux distributions sont comparables ; les tailles inférieures au 5ème percentile ne représentent que 1,3 % des cas.

Sur un échantillon plus vaste en milieu scolaire on a mesuré la prévalence de la MPE actuelle modérée et grave (PT < 80 % de la médiane de référence), de la MPE fruste (PT < 90 %) et de la MPE chronique TA < 90 %) (Tableau VIII). Les prévalences de MPE actuelle modérée, 1 à 2 %, et de MPE chronique, environ 1 %, sont très faibles et comparables à celles de la population de référence. La prévalence de MPE actuelle fruste apparaît légèrement supérieure, 15 à 20 %. Le pourcentage d'enfants touchés simultanément par une MPE actuelle et une MPE chronique est particulièrement bas, de l'ordre de 0,2 %. Les deux types d'enquêtes réalisées nous amènent aux mêmes conclusions: la MPE chronique de longue durée est très

TABLEAU VIII - POURCENTAGE D'ENFANTS AYANT : 1/ UN POIDS EN FONCTION DE LA TAILLE INFÉRIEUR A 80 P. CENT DE LA MÉDIANE DES DONNÉES DE RÉFÉRENCE  
2/ UN POIDS EN FONCTION DE LA TAILLE INFÉRIEUR A 90 P. CENT  
3/ UNE TAILLE EN FONCTION DE L'ÂGE INFÉRIEUR A 90 P. CENT.

Classes et âges	sexe	nb d' enfants	*PT 80 %* (1)	PT 90 %* (2)	TA 90 %* (3)
<b>Maternelles</b>					
36 - 47 mois	G	191	1,6 (0-3,4)	14,7 (9,7-19,7)	1,0 (0-2,4)
	F	218	1,4 (0-3,0)	13,3 (8,8-17,8)	1,8 (0-3,6)
48 - 59 mois	G	177	0	15,3 (10,0-20,6)	0,6 (0-1,7)
	F	177	1,7 (0-3,8)	19,2 (13,4-25,0)	2,3 (0,1-4,5)
<b>TOTAL</b>					
36 - 59 mois	GF	763	1,2 (0,4-2,0)	15,5 (12,9-18,1)	1,4 (0,6-2,2)
<hr/>					
60 - 71 mois	G	589	1,4 (0,5-2,3)	17,0 (14,0-20,0)	1,4 (0,5-2,3)
	F	546	1,8 (0,7-2,9)	17,6 (14,4-20,8)	0,7 (0-1,4)
72 - 83 mois	G	215	0,9 (0-2,2)	20,9 (15,5-26,3)	0,9 (0-2,2)
	F	149	3,4 (0,5-6,3)	28,2 (21,0-35,4)	0,7 (0-2,0)
<b>TOTAL</b>					
60 - 83 mois	G	804	1,2 (0,4-2,0)	18,0 (15,3-20,7)	1,2 (0,4-2,0)
	F	695	2,1 (1,0-3,2)	20,7 (17,7-23,7)	0,7 (0,1-1,3)

(1) Le seuil de 80 % pour le poids en fonction de la taille correspond approximativement au 1er percentile de la population de référence jusqu'à 9 ans et entre le 2ème et le 4ème ensuite.

(2) Le seuil de 90 % pour le poids en fonction de la taille correspond approximativement aux 12ème-14ème percentiles jusqu'à 9 ans et aux 17ème-19ème ensuite.

(3) Le seuil de 90 % pour la taille en fonction de l'âge correspond approximativement au 1er percentile jusqu'à 11 ans et au 2ème ensuite.

\* L'intervalle de confiance à 95 % de chaque pourcentage est donné entre parenthèses.

rare en Martinique. Les cas de déficits pondéraux traduisant une malnutrition fruste sont plus nombreux mais leur fréquence est sans commune mesure avec celle qui est généralement observée dans la plupart des pays tropicaux. Enfin, il faut noter qu'aucune association n'a été trouvée entre MPE et niveau socio-économique.

### Anémies

Selon les seuils d'hémoglobine recommandés par l'OMS, la prévalence de l'anémie est de 26,7 % (22,1 - 31,7)\* mais il convient de souligner que ces seuils sont actuellement remis en question, car considérés par certains auteurs comme trop élevés pour des populations d'origine africaine. Sans entrer dans un débat qui est loin d'être tranché, on observe que la prévalence de l'anémie tombe à 18,0 %, si les seuils sont abaissés de 0,5 g/100 ml et à 9,3 % pour une diminution de 1 g.

Il apparaît ainsi que la grande majorité des personnes diagnostiquées comme anémiées présentent des déficits d'hémoglobine très modérés. De surcroît 72 % des anémies sont normocytaires et seulement 0,3 % des sujets présentent des signes évidents de carence en fer (microcytose et baisse de la saturation de la transferrine).

En retenant des seuils d'hémoglobine intermédiaires (seuils OMS diminués de 0,5 g/100 ml) il ressort que l'anémie prédomine avant 20 ans : 23,7 % (16,9 - 30,5) contre 12,0 % (7,9 - 17,9) après 20 ans (P < 0,05). (Fig. 4)

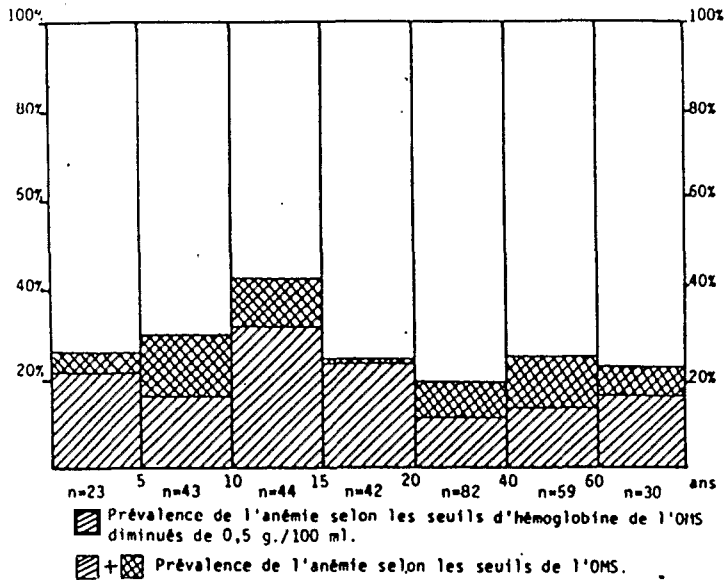


Fig. 4 - Prévalence de l'Anémie dans chaque classe d'âge.

\* Les chiffres de prévalences sont suivis, entre parenthèses de l'intervalle de confiance au risque 5 %

L'anémie apparaît également beaucoup plus fréquente dans le niveau socio-économique le plus bas : 32,4 %, (17,3 - 45,4) contre 16,0 % (11,8 - 20,2) dans les autres niveaux ( $P < 0,05$ ).

#### Excès pondéraux et obésité

A l'inverse de la MPE chez les enfants, les excès pondéraux, calculés par le rapport en pourcentage du poids mesuré sur le poids de référence en fonction de la taille, apparaissent très fréquents chez les adultes (Fig. 5) : 37,9 % (31,5 - 44,3) chez les plus de quinze ans, répartis en 12,8 % de préobèses ( $110 \% \leq PT < 120 \%$  du poids de référence en fonction de la taille) et 25,1 % d'obèses ( $PT \geq 120 \%$ ).

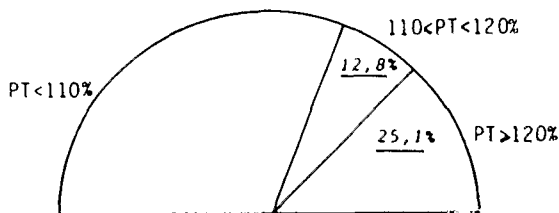


Fig. 5 : Répartition des adultes en fonction du niveau d'excès pondéral déterminé par le poids en fonction de la taille.  $n=223$

L'excès pondéral est plus fréquent chez les femmes, 43,4 % (34,8 - 52,0) que chez les hommes, 30,0 % (20,5 - 39,5)  $P < 0,05$  et augmente classiquement avec l'âge pour atteindre un pic entre 40 et 60 ans : 54,2 % (33,2 - 66,8) dont 42,4 % (29,8 - 55,0) d'obésités.

Il n'y a aucune différence entre milieu urbain et milieu rural mais le niveau socio-économique le plus bas présente une prévalence d'excès pondéraux nettement inférieure (15 %) à celle du reste de la population (41 %),  $P < 0,05$ .

#### Hypertension artérielle

Dans notre étude ont été évalués la plupart des facteurs classiquement décrits comme augmentant le risque de pathologies cardio-vasculaires dégénératives. Bien que l'hypertension artérielle (HTA) ne soit pas à proprement parler un critère spécifique de l'état nutritionnel, nous l'avons retenu en raison de sa forte liaison avec d'autres facteurs de risques tels que l'excès pondéral et l'augmentation des apolipoprotéines B et du rapport cholestérol total/HDL cholestérol. Les données sont analysées selon 3 catégories :

- HTA traitée : patients connus et traités comme hypertendus

- HTA modérée : TA diastolique > 90 mm Hg ou systolique > 145 mm Hg.
- HTA confirmée : TA diastolique > 95 mm Hg ou systolique > 160 mm Hg.

Ainsi définie on voit que la prévalence totale d'HTA atteint 29,1 % (23,2 - 35,0) (Fig. 6). Si l'on ne prend que l'HTA traitée et l'HTA confirmée non traitée la prévalence est encore de 20,6 % (15,3 - 25,9). Mais il convient de souligner que la variation en fonction de l'âge est considérable, avec en particulier une très forte augmentation des HTA confirmées et des HTA traitées après 40 ans.

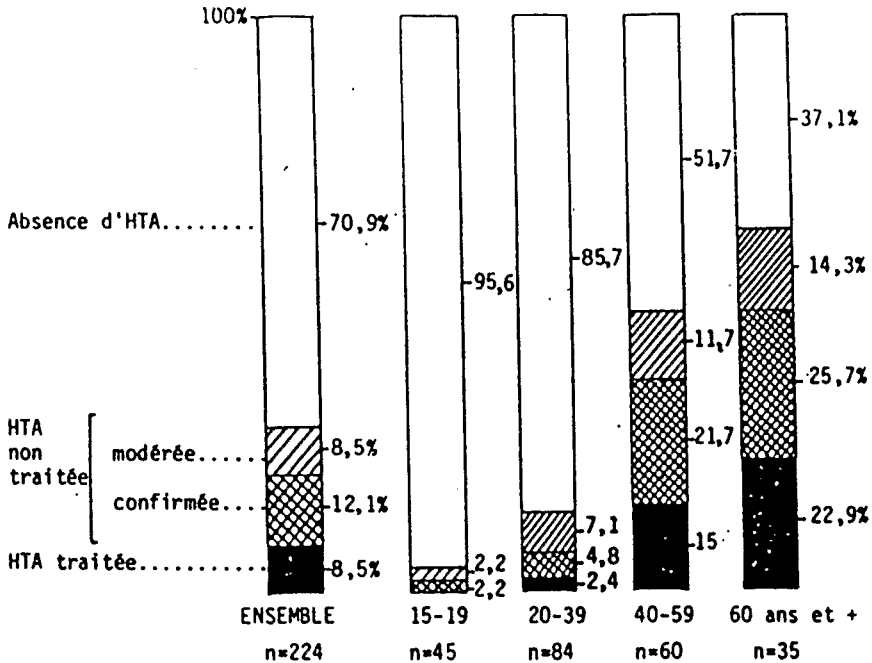


Fig. 6 : Prévalence de l'hypertension artérielle en fonction de l'âge en Martinique.

La prévalence de l'HTA est également plus élevée en zone urbaine 38,1 % (27,7 - 48,5) qu'en zone rurale, 23,6 % (16,6 - 30,6),  $P < 0,02$  (Fig. 7). La différence porte surtout sur les HTA confirmées non traitées. En revanche aucune différence significative n'a pu être montrée entre les niveaux socio-économiques, malgré les disparités.

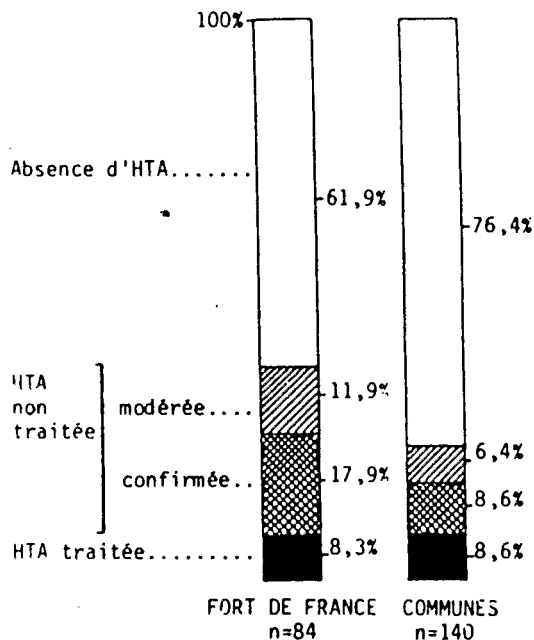


Fig. 7 : Prévalence de l'hypertension artérielle milieu urbain vs milieu rural.

#### Exposition aux pathologies alcooliques

L'élévation simultanée de deux critères biologiques (volume globulaire moyen et gamma glutamyl-transpeptidase) a été retenue pour porter le diagnostic d'exposition aux pathologies alcooliques. 22,8 % (16,9 - 28,7) des plus de quinze ans sont concernés, (Fig. 8). Cette prévalence

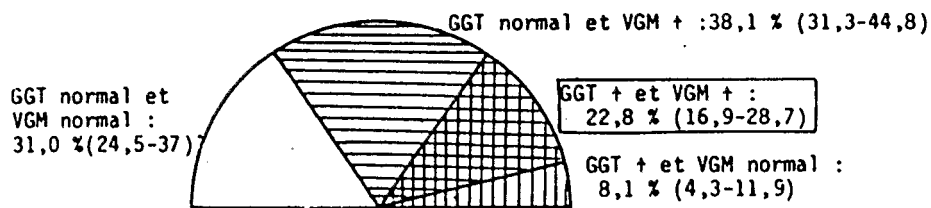


Fig. 8 : Répartition de la population d'adultes de plus de 15 ans en fonction des critères de consommation d'alcool. n=197

importante mérite d'être soulignée ; l'analyse en fonction de l'âge montre que seuls les moins de 20 ans sont épargnés. L'analyse selon le niveau socio-économique n'indique pas de différences significatives ; en particulier le niveau le plus bas n'est pas davantage touché ; ce fait est peut être à rapprocher de la stagnation de la consommation de rhum et de l'aug-

mentation nette de l'utilisation d'alcools importés plus coûteux. Le profil socio-économique classique de l'alcoolisme semblerait ainsi perdre de son importance au profit d'un profil peut-être plus psychoculturel.

**Etat dentaire**

Les relations dents-nutrition sont multiples et réciproques. Nous avons tenté une approche du problème dentaire en Martinique en relevant le coefficient masticatoire (considéré comme insuffisant en-dessous de 5 couples efficaces), le nombre de caries non soignées, l'existence d'une prothèse dentaire efficace. Les caries soignées n'ont pas été prises en compte.

- absence de caries, coeff.masticatoire correct

▨ existence d'une prothèse dentaire efficace
- ▩ caries non soignées mais coeff.masticatoire correct

▧ coefficient masticatoire insuffisant

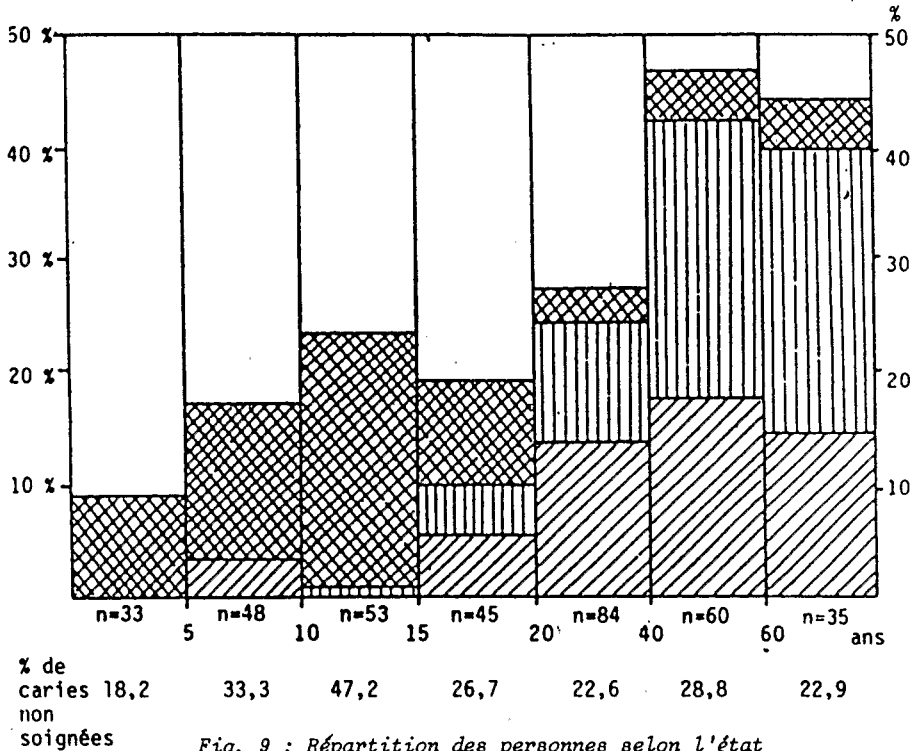


Fig. 9 : Répartition des personnes selon l'état dentaire et proportion de caries non soignées dans chaque classe d'âge.

Au total 35,9 % (31,0 - 40,9) de la population devrait recevoir des soins dentaires ; 29,2 % (24,5 - 33,9) ont des caries non soignées 16,8 % (12,9 - 20,7) ont un coefficient masticator insuffisant. 8,2% des personnes déclarent que l'état de leur dentition conditionne la consistance de leur alimentation.\*

Outre une évolution parallèle au vieillissement (détérioration globale de l'état dentaire, augmentation du nombre de prothèses, augmentation du nombre de coefficients masticator insuffisants) l'analyse en fonction de l'âge montre la précocité des atteintes dentaires (Fig.9). L'analyse en fonction du niveau socio-économique (Fig. 10) indique que la prévalence de l'ensemble des problèmes dentaires ne diffère pas d'un niveau à l'autre mais que lorsque le niveau baisse la proportion de caries non soignées augmente ( $P < 0,001$ ) alors que celle des prothèses dentaires efficaces diminue ( $P < 0,001$ ). En définitive, l'insuffisance du recours aux soins est un des grands traits qui caractérisent la pathologie dentaire en Martinique.

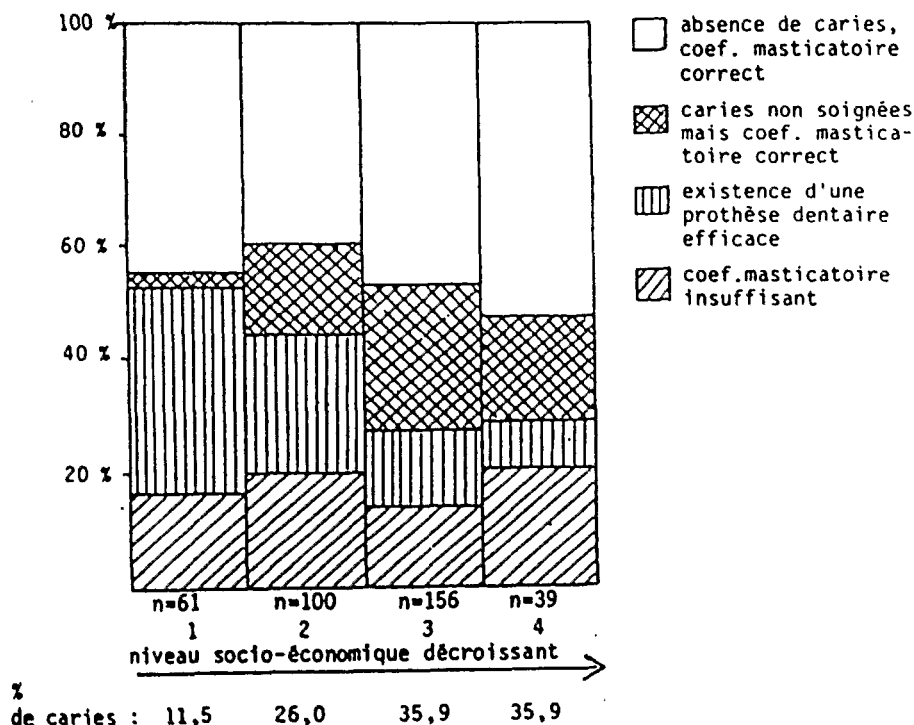


Fig. 10 : Répartition des personnes selon l'état dentaire et proportion de caries non soignées dans chaque niveau socio-économique.



## CONCLUSIONS

La consommation alimentaire en Martinique semble avoir subi de profondes modifications au cours des dernières décennies. L'évolution actuelle tend à rapprocher de plus en plus sa structure et son niveau de celui des sociétés industrialisées à haut niveau de vie.

Parallèlement les grandes pathologies de dénutrition, endémiques dans les pays en développement de la zone tropicale, ont quasiment disparu ; en matière de nutrition les grands problèmes de santé publique relèvent maintenant de pathologies cosmopolites liées pour la plupart à des déviations du comportement alimentaire.

Face à ces pathologies liées au "développement-économique" et aux conséquences qu'il entraîne sur le mode de vie, la réponse se situe en grande partie dans la prévention.

A cet égard, le fait que l'alimentation martiniquaise est encore en pleine période de transition peut constituer un atout comme un handicap ainsi la tendance à une diminution de la consommation de produits salés est indiscutablement un point favorable ; mais inversement la diminution de la part relative du poisson et l'augmentation de celle des viandes beaucoup plus riches en lipides associés est un facteur d'évolution inquiétant qu'il conviendrait de limiter si l'on veut éviter l'instauration d'un régime surchargé en graisses d'origine animale.

## REFERENCES

L'ensemble des résultats des enquêtes alimentaires et nutritionnelles effectuées par l'ORSTOM en Martinique depuis 1980 a été présenté dans un rapport de synthèse : "Consommation alimentaire et Etat Nutritionnel à la Martinique". F. DELPEUCH, J.L. JIROU-NAJOU, Ph. CHEVALIER, J.L. DYCK, D. FRONTIER-ABOU. 1982. Rapport multigr., 208 p. ORSTOM. Martinique. à paraître aux Editions de l'ORSTOM dans la Série Travaux et Documents.

S.M.A.G.F. Société Médicale des Antilles et de la Guyane Française  
(Section Guyane)



**XIX<sup>e</sup> congrès international  
des médecins de langue française  
de l'hémisphère américain**



Hôpital Jean Martial - Cayenne

CAYENNE 10-14 AVRIL 1984

O.R.S.T.O.M. Fonds Documentaire  
N° : 24465 ex A  
Cote : B