

Les malnutritions dans le monde: de la sous-alimentation à l'obésité

Francis Delpeuch
Geneviève Le Bihan
Bernard Maire

Institut de recherche pour le développement (IRD), Montpellier

Que signifie «être mal nourri»? Pour les opinions publiques, le débat paraît simple: tandis que les pays industrialisés du Nord se préoccupent avant tout de qualité des aliments et d'hygiène, les pays du Sud souffriraient, eux, d'un problème de quantité, de disponibilité et d'accès aux aliments. En fait, la scène mondiale est dominée par des formes extrêmement diverses de malnutrition, que ce soit dans les sociétés industrialisées ou dans le monde en développement. Certaines résultent d'une déficience absolue, ou relative, en un ou plusieurs nutriments; d'autres, à l'inverse, d'un excès. Mais par leur ampleur et leurs conséquences immenses pour les sociétés concernées, ces malnutritions – qu'elles soient persistantes malgré les efforts, ou encore émergentes – constituent toutes des problèmes de santé publique majeurs.

Leurs causes sont multiples et complexes, mêlant bien souvent des facteurs sociaux, sur fond de pauvreté. Dans beaucoup de pays en transition, l'évolution des modes de vie et des pratiques alimentaires est rapide. Les malnutritions par carence y côtoient les malnutritions par excès. Par ailleurs, de nouvelles préoccupations émergent et se renforcent: importance de la santé, bien sûr, mais aussi souci du respect de l'environnement et des écosystèmes. L'important n'est plus seulement ce que nous mangeons, mais aussi la manière dont ces aliments sont produits. Il est de mieux en mieux admis que le développement durable suppose en amont une résolution des questions de santé et de nutrition. Inversement, il sera impossible d'éliminer la faim et les malnutritions sans des écosystèmes sains.

Reconnaître cette réalité complexe conduit à revoir les stratégies d'intervention: les décideurs politiques ne peuvent plus faire reposer leurs actions sur l'hypothèse qu'on réduira

la faim et les malnutritions dans le monde en se contentant de produire plus d'aliments.

Quelques chiffres...

Le chiffre peut-être le plus connu, grâce aux efforts de sensibilisation et de mobilisation déployés par la FAO, est celui de la faim dans le monde: 800 millions de personnes seraient globalement sous-alimentées. Parmi elles, 95 % appartiennent au monde en développement, et la plupart vivent dans des zones rurales.

Mais d'autres données, peut-être moins connues, révèlent l'ampleur et la diversité des problèmes de santé publique liés à l'alimentation:

- la malnutrition fœtale, dans les pays en développement, concerne 30 millions de bébés (soit un quart des naissances annuelles), qui naissent avec un poids trop faible;
- le retard de croissance et/ou l'insuffisance pondérale 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 micronutriments¹ tels que le fer, la vitamine A, l'iode ou le zinc;
- les maladies non transmissibles liées à l'alimentation (MNTA) – obésité, diabète non insulino-dépendant, maladies cardio-vasculaires, certains cancers – sont en émergence et/ou en croissance rapide dans beaucoup de sociétés en développement. 300 millions d'adultes sont d'ores et déjà obèses et près d'un milliard seraient en surpoids. L'obésité infantile progresse dans de nombreux pays.

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.

Malgré tout, des progrès ont été réalisés. En particulier dans le domaine de la carence en iode (grâce à la stratégie universelle d'iodation du sel), de la carence clinique en vitamine A (notamment grâce à des campagnes de supplémentation lors des vaccinations) et du traitement de la malnutrition grave du jeune enfant. De même, la proportion d'enfants d'âge préscolaire qui présentent un poids insuffisant ou un retard de croissance a diminué partout, sauf en Afrique subsaharienne. Mais l'amélioration reste lente. Et dans les 48 pays les moins avancés dans le monde – selon la classification adoptée par les Nations Unies –, ce sont 40 % des moins de 5 ans qui

¹

Il s'agit de nutriments qui sont présents en petites quantités dans l'alimentation et qui sont essentiels au bon fonctionnement de l'organisme.

continuent à présenter une insuffisance de poids. 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 les personnes déplacées, ainsi que les personnes âgées dans le contexte actuel de vieillissement de la population.

Les MNTA s'étendent dangereusement

L'émergence des MNTA devient un sujet de préoccupation majeur. Notamment en raison de ce que l'Organisation mondiale de la santé a appelé l'«*épidémie mondiale d'obésité*». En cause? L'urbanisation et les changements rapides dans les modes de vie et d'alimentation. 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 ces MNTA. 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 MNTA dominent déjà les maladies infectieuses et les carences alimentaires, sans que celles-ci aient pour autant disparu². De plus, les études scientifiques ont montré que la malnutrition pendant la vie fœtale 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 fœtale 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-utérine.

Un frein dramatique au développement

Au cours des vingt dernières années, la recherche scientifique a montré que les malnutritions, notamment sous leurs formes modérées, et les carences en micronutriments, ont des conséquences sur la société bien plus considérables qu'on ne l'admettait auparavant. Le coût social et économique

2

Voir à ce sujet le chapitre «Transition alimentaire».

[Fig. 1]

Figure 1 → Nutrition tout au long de la vie (source : Acc/Scn, 2000).

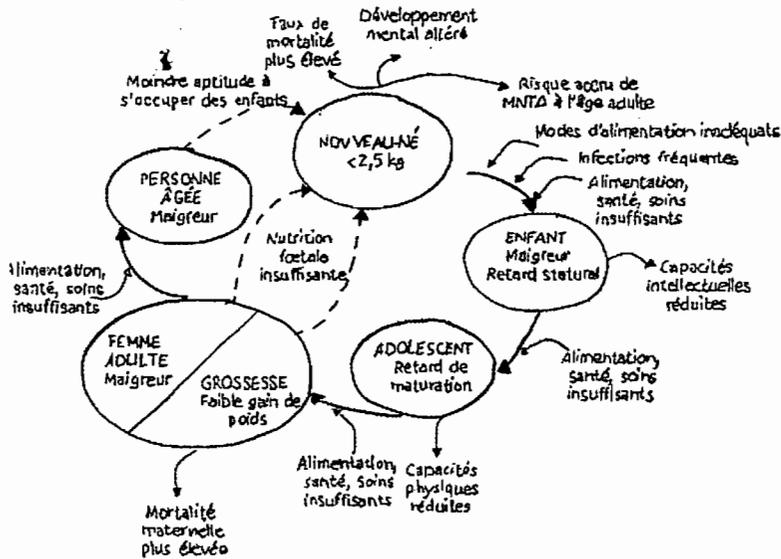
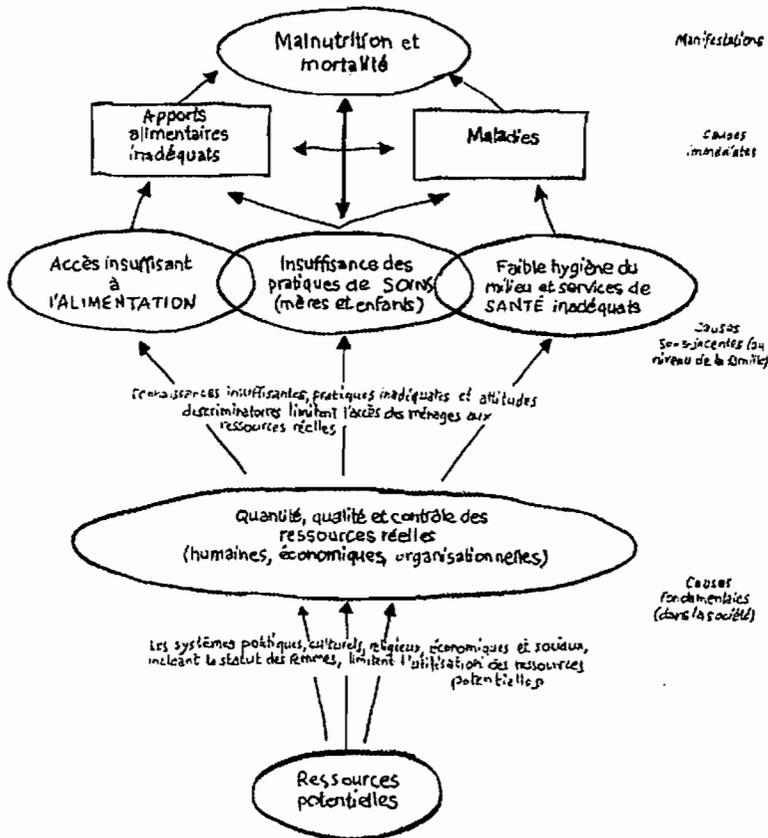


Figure 2 → Cadre conceptuel des causes de malnutrition et de mortalité



est énorme: mortalité et morbidité accrues, développement physique et mental altéré, capacités d'apprentissage et de travail diminuées. Six millions d'enfants de moins de 5 ans meurent chaque année en raison de la malnutrition et d'une maladie infectieuse associée, ce qui représente environ la moitié des décès dans cette tranche d'âge. Quant aux survivants, ils présentent d'importantes séquelles qui limiteront leur développement physique et intellectuel. L'anémie par carence en fer diminue les capacités d'apprentissage; la carence en vitamine A est la première cause de cécité évitable et augmente la mortalité des jeunes enfants.

Les personnes mal nourries ont moins de chances d'acquérir une éducation de base, d'avoir des compétences sociales satisfaisantes, de contribuer au bien-être de leurs familles et au développement de leurs communautés ou de leurs pays. Ce qui complique d'autant les efforts pour réduire la pauvreté. En augmentant la morbidité et la mortalité, les malnutritions accroissent aussi les coûts de santé de manière considérable. Cela est particulièrement préoccupant dans le contexte d'émergence rapide des MNTA dans les pays en développement, car ce sont des maladies très coûteuses à prendre en charge. Enfin, les problèmes nutritionnels ayant tendance à se répercuter d'une génération à l'autre, leurs conséquences sont durables.

Des causes multiples

Pourquoi est-on mal nourri? Le schéma conceptuel établi en 1990 par l'UNICEF pour la malnutrition des jeunes enfants, que la communauté scientifique internationale a adopté sous des formes diverses, illustre bien la complexité des éléments en cause. Les facteurs les plus divers s'entremêlent: politiques, économiques, sociaux, culturels, religieux; chacun pouvant limiter l'utilisation des ressources à différents niveaux. Du coup, les secteurs concernés par la malnutrition sont à leur tour nombreux: santé, bien sûr, mais aussi et d'abord agriculture, économie, commerce et industrie, législation, environnement, etc.

[Fig. 2]

La pauvreté? Elle est à la fois une cause et une conséquence des malnutritions. Pourtant, la croissance économique ne se traduit pas obligatoirement par une amélioration rapide de la situation alimentaire. La nutrition peut ne pas suivre du tout la croissance des revenus. Un paradoxe qui a été mis en évidence par une analyse comparée des pays dans lesquels l'insuffisance de poids des jeunes enfants avait diminué de façon notable. Les questions d'affectation des ressources et d'équité dans leur répartition sont ici cruciales.

La sécurité alimentaire, c'est-à-dire l'accès à des aliments adéquats en quantités suffisantes, est une condition préalable évidente pour une bonne nutrition. Et les politiques agricoles ont ici un rôle majeur à jouer, pour peu qu'elles soient fondées sur des objectifs de bien-être nutritionnel, ce qui n'a été qu'exceptionnellement le cas. Mais de nombreux autres facteurs influencent le processus d'amélioration de la nutrition, au premier rang desquels le statut des femmes dans la société et leur accès à l'éducation, le poids des maladies infectieuses, l'engagement des gouvernements au niveau local et national dans les questions de santé et de nutrition, la structure des soins primaires de santé. C'est l'ensemble de ces questions qui doit être abordé à différents niveaux dans le cadre d'une approche globale.

Beaucoup de phénomènes actuels influencent de façon directe ou indirecte l'alimentation : croissance et vieillissement de la population, urbanisation et industrialisation, mondialisation, problèmes environnementaux, changements climatiques. De manière plus ou moins prononcée, ils modifient les modes de vie et les pratiques alimentaires vers une plus grande sédentarisation, une dépendance plus forte à des aliments produits par d'autres, une augmentation de la consommation d'aliments manufacturés, énergétiques mais de faible densité nutritionnelle, et une consommation croissante de produits animaux.

Au terme de ce constat, il est clair que la diversité des problèmes de santé publique liés à l'alimentation, la complexité des causes et des situations et la rapidité des changements en cours exigent une approche globale. L'idée s'impose qu'il va falloir réajuster les programmes conduits jusqu'à présent. La tâche est immense. Car il s'agit de mettre en œuvre des politiques publiques de nutrition, de promouvoir des systèmes alimentaires durables, favorables à la santé et à l'environnement, et qui touchent tous les maillons de la chaîne alimentaire, de la production agricole à la consommation en passant par la transformation et la distribution. Et ce, en suscitant et en s'appuyant sur une forte mobilisation sociale³. Un défi redoutable. Mais a-t-on vraiment le choix ?

3

Voir à ce sujet le chapitre
«Quelles politiques pour nourrir
la planète».

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.

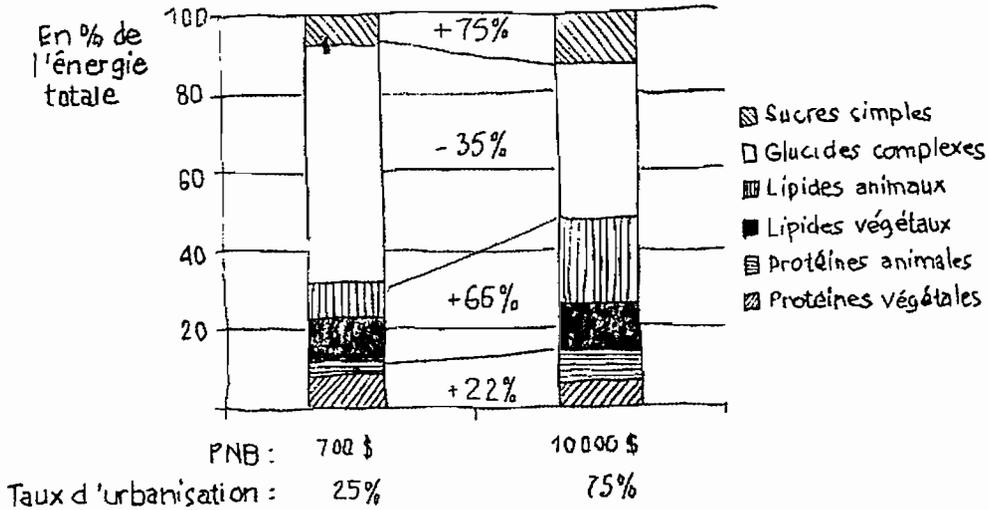
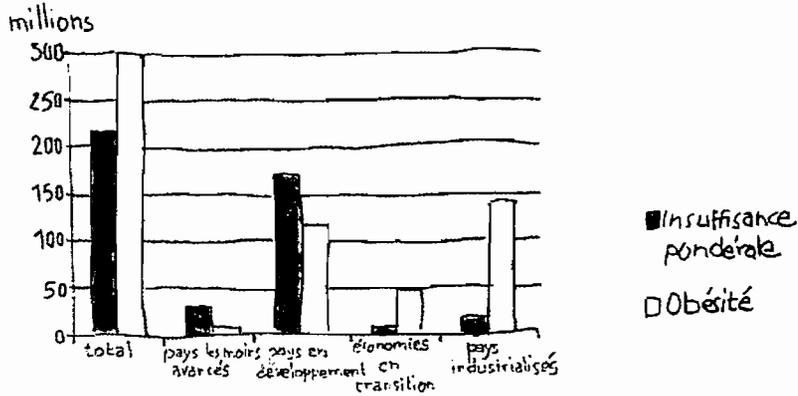


Figure 2 → Population adulte affectée par la maigreur et l'obésité selon le niveau de développement.



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 (filières 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.

Delpeuch Francis, Le Bihan Geneviève, Maire Bernard

Les malnutritions dans le monde : de la sous-alimentation à l'obésité

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

Paris, 2005: ADPF ; MAE, 32-37. (Débats d'Idées)

ISBN 2-914935-48-X