

Transition alimentaire et nouveaux problèmes de
santé en Algérie
الانتقال الغذائي والمشاكل الصحية في الجزائر

Bait Fateh*, Université Batna1

baitfateh@hotmail.com

Haffad Tahar, Université Batna1

haffad2002@yahoo.fr

Reçu le: 02/01/2021

Accepté le: 30/03/2021

Abstract :

Evidence based from worldwide dietary practice has revealed a marked increase in the consumption of fat and sugar-rich products, which has led to a shift in the morbidity and mortality profile among the population, known as epidemiological and nutrition transitions.

An in-depth analysis of the morbidity data and causes of death of the Algerian population from surveys of the 1990s, 2005 and 2012 revealed that Algerians suffer from non-communicable diseases such as high blood pressure, diabetes and cancer. On the other hand, the official statistics published by the National Institute of Public Health on its causes of death revealed that the country is in the midst of a health transition, but in an imprecise manner, because the lack of data.

Keywords: Food transition, diseases, risk factors, causes of death, Algeria.

ملخص:

يعزى تطور الممارسات الغذائية في الجزائر خلال السنوات الأخيرة إلى زيادة استهلاك الدهون و / أو منتجات الغنية بالسكر، والمرتبطة أساساً بتغيير نمط الحياة. لقد أدى الإفراط في تناول الطعام وأسلوب الحياة إلى تغيير صورة المرض والوفاة، مما أدى بدوره إلى ظهور نوعية جديدة من الأمراض بين الساكنة. إن

* Auteur correspondant

الهدف من هذا الدراسة هو وصف الحالة المرضية وأسباب وفاة السكان الجزائريين انطلاقا من المسوحات الجزائرية لسنوات 1990 و 2005 و 2012.

الكلمات المفتاحية: الانتقال الغذائي- الامراض - عوامل الخطر - اسباب الوفيات – الجزائر.

Introduction:

Le modèle de la transition alimentaire (Ascher F., 2005) est un modèle d'évolution développé dans les années 2000. Il reprend le modèle de « transition nutritionnelle » introduit, dans les années 1990, par des nutritionnistes (Popkin, 1998). Celui-ci décrit la transition la plus récente, celle ayant affecté au XXe siècle les pays anciennement industrialisés et tendant à se diffuser aujourd'hui aux pays émergents. Selon Barry M. Popkin (Popkin, 2002), il y a trois phases principales à distinguer dans la transition en cours:

1- La première phase est marquée par une sortie de la famine consécutive à une hausse du revenu. Elle se traduit par une augmentation de la consommation de céréales et plus spécifiquement le blé et riz ayant bénéficié des progrès agricoles;

2- La deuxième phase est caractérisée par une diversification alimentaire: la consommation de céréales diminue et la consommation de sucre, de graisses saturées et de protéines animales, notamment de viande, augmente. Cette évolution est couplée à une diminution de l'activité physique et a pour principales conséquences des changements de stature ainsi que l'émergence de maladies métaboliques (hypertension artérielle, hypercholestérolémie,...). Les maladies non transmissibles liées à la nutrition que connaît laraffinés est souvent associée au mode de vie adopté ainsi que la sédentarité entraînant l'augmentation de la prévalence de l'obésité et conduit à des maladies dégénératives qui caractérisent la dernière étape du modèle de transition d'Omran (Omran, 1978) plupart des pays, à la fois, à haut et à faible revenu et caractérisé par le régime élevé en matières grasses, le cholestérol, le sucre et d'autres sucres

3- La troisième phase voit se produire un début d'inversion des tendances de la phase précédente. C'est l'étape du changement de comportement par les consommateurs et les politiques gouvernementales menées pour prévenir ou retarder les maladies dégénératives, améliorer la santé et retarder le vieillissement afin d'assurer une vie sans handicap.

La transition démographique est le passage de la société d'un niveau élevé de fécondité et de mortalité à un niveau de fécondité et de mortalité bas. La transition épidémiologique est le passage d'une situation où prévalent les maladies infectieuses et parasitaires ainsi que la malnutrition aux maladies chroniques et dégénératives. La transition alimentaire est liée aux deux précédentes. Le régime alimentaire change avec une hausse de la consommation de sucre et de produits d'origine animale mais également des modes de vie (sédentarisation, urbanisation). Les tendances actuelles sont à la hausse pour le manger bio, local, végétarien...pour maintenir une bonne santé.

A l'instar des autres pays d'Afrique du Nord, l'Algérie a connu, au cours des trois dernières décennies, une transition démographique dans laquelle l'indice de fécondité est passé de 7 à 2,4 enfants par femme entre 1972 et 2006 pour se situer autour de 3 enfants (ONS, 2006), une transition épidémiologique caractérisée par une augmentation de l'espérance de vie à la naissance dépassant les 76 ans et un changement des pathologies passant des maladies transmissibles aux maladies chroniques et dégénératives comme les pathologies cardiovasculaires, le diabète et les cancers. La transition alimentaire qui est liée aux deux transitions citées plus haut est peu étudiée en Algérie, raison pour laquelle cette étude tente de contribuer à la compréhension des causes de ce phénomène ainsi que les conséquences sur la santé de la population algérienne qui apparaissent très claires aujourd'hui.

Tableau 1: la transition démographique, épidémiologique et alimentaire

Transition Démographique	Transition Épidémiologique	Transition Alimentaire
Phase 1 : régime primitif	Phase 1 : L'âge de la pestilence et de la famine	Phase 1 :L'âge de la famine
- Taux élevé de mortalité et de fécondité	- Prédominance des maladies infectieuses comme causes de décès Faible espérance de vie (e0)	-Sortie de la famine avec la hausse du revenu. - Forte consommation de céréales.
Phase 2 : intermédiaire	Phase 2 : L'âge du recul des pandémies	Phase 2 :L'âge des maladies modernes
-Taux de mortalité faible -Taux de fécondité élevé	- Début du passage d'une mortalité due aux maladies infectieuses à une mortalité due aux maladies dégénératives - Augmentation de (e0)	Diminution de la consommation de céréales et augmentation de la consommation de sucre, de graisses et de protéines animales
Phase 3 : Moderne ou révolutionnaire	Phase 3 : L'âge des maladies dégénératives	Phase 3 : rééquilibre de l'alimentation
-Taux de mortalité faible -Taux de fécondité faible	-Prédominance de la mortalité par maladies dégénératives, causée par le vieillissement, les modes de vie changeants et l'environnement de plus en plus malsain -Prolongement de la hausse de (e0).	- Début d'inversion des tendances de la phase précédente. - L'individu change progressivement ses habitudes, Les tendances sont à la hausse pour le manger bio et végétarien pour maintenir une bonne santé.

2. Sources de données et méthodes

Les données utilisées dans la présente étude proviennent de deux enquêtes nationales de santé pour les années 1990 (INSP, 1990) et 2005 (INSP, 2005) réalisé par l'Institut National de la Santé Publique (INSP), les enquêtes MICS par grappes à indicateurs multiples pour les années 2006 (ONS, 2006) et 2012-2013 (ONS, 2012-2013), en collaboration avec l'UNICEF et enfin les certificats de décès délivrés par l'Institut National de Santé Publique entre 2005 et 2013

3. Résultats:

3.1 Causes

3.1.1 Nourriture:

Les résultats de l'enquête nationale de santé de 2005 a révélé que la population algérienne consomme quatre produits essentiels dans leur repas à commencer par la consommation du pain plus de deux fois par jour et les huiles (autres que l'huile d'olive), le lait et les produits laitiers une fois par jour et les pommes de terre avec moins d'une fois par jour. Si l'on compare cette consommation par rapport aux normes internationales, on constate que le modèle alimentaire de la population algérienne n'est pas équilibré. Il est très riche en féculents (céréales, pommes de terre) les graisses et les sucres avec une consommation par jour de 3,83 et 2,69 respectivement, alors que les normes internationales recommandent pas plus de 3 fois et une fois par jour respectivement. Le modèle de consommation est également pauvre en légumes (0,82) et fruits (0,55), qui sont de 3 fois et 2 fois respectivement selon les normes internationales.

3.1.2 Activité physique:

Le mode de vie de l'Algérien se caractérise de plus en plus par la sédentarité en dépensant quotidiennement 871,14 minutes pour une activité physique d'intensité faible, 120,21 minutes pour une activité modérée et 1,05 minutes pour accomplir une activité physique intense. S'agissant des différentes positions, il passe 186,29 minutes par jour assis ou couché ou assis durant son déplacement et 70,02 minutes assis à regarder la télévision ou à utiliser un ordinateur ou pour la lecture et seulement 63,66 minutes sont réservées pour la marche.

3.2 Conséquences:

3.2.1 Profil pathologique:

Les deux enquêtes nationales de santé de 1990 et 2005 démontrent clairement l'émergence des maladies non transmissibles avec une nette augmentation de l'hypertension artérielle passant de 17,2% à 24,5%, du diabète de 6,9% à 12,1% ; tandis que la prévalence des rhumatismes et des maladies mentales ont légèrement diminuées en même titre que les tumeurs à 0,6%.

En outre, Le modèle de la transition sanitaire en Algérie est caractérisé par une augmentation continue de l'espérance de vie à la naissance

estimé à plus de 75 ans et qui converge avec celle des pays développés.

Tableau 2: Prévalence des pathologies chroniques en Algérie entre 1990-2005.

Maladies Chroniques	ENS 1990 (%)	ENS 2005 (%)
Hypertension artérielle	17,2	24,52
Rhumatismes	11,1	7,94
Asthme	10,1	8,67
Diabète	6,9	12,11
Bronchite chronique	6,2	1,6
Handicape sensoriels	6,1	4,74
Ulcères gastroduodénaux	6	2,26
Maladies mentales	5,8	5,39
Cardiopathies	5,3	6,87
Lithiase vésiculaire	4	1,78
Eczémas	2,9	0,6
Goitre	2,9	1,95
Affections congénitales	2,7	1
Hernies	2,6	0,58
Epilepsie	2,6	1,75
Lithiases rénales	1,7	1,53

Source : enquêtes nationales de santé de 2005 et de 1990

3.2.2 L'hypertension artérielle (HTA)

L'HTA est une élévation anormale de la pression artérielle au repos. On parle d'HTA chez l'adulte lorsque la pression systolique est supérieure ou égale à 140 mm Hg et / ou la pression diastolique est égale ou supérieure à 90 mm Hg. L'enquête nationale de santé de 2005 révèle que 24,93% des Algériens de 35 à 75 ans sont hypertendus avec une fréquence plus importante pour les femmes que pour les hommes soit 28,93% et 18,98% respectivement. Cette fréquence augmente avec l'âge est atteint son maximum chez les personnes de 60-64 ans soit 41,99% (Tableau 3).

3.2.3 Le diabète

Le diabète est une maladie chronique qui est avérée lorsque la glycémie à jeun est égale ou supérieure à 1.26 g/l à deux reprises ou égale ou supérieure à 2 g/l à n'importe quel moment de la journée. Il peut conduire à des complications graves des organes, des nerfs et des vaisseaux.

Ce facteur est estimé à 12,29% chez les Algériens âgés de 35 à 70 ans. Il augmente avec l'âge pour atteindre son maximum de 29,29 % chez

les femmes âgées entre 60 et 64 ans et 23,47% chez les hommes de 65-70 ans. Il est beaucoup plus important en milieu urbain qu'en milieu rural, soit 13,81% et 9,62% respectivement. Selon les régions, on enregistre une forte proportion dans les Hauts-Plateaux et le Tell en comparaison avec le Sud qui enregistre la plus faible proportion soit 8,52% (Tableau 3).

3.2.4 L'obésité

L'obésité se définit comme un excès de masse grasse ce qui entraîne des maladies. Cette masse s'évalue à partir du calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC). Plus l'IMC est élevé, plus les risques d'avoir des problèmes de santé augmentent. C'est une maladie qui augmente dans les pays développés mais gagne du terrain aussi dans les pays en développement à cause du changement du mode de vie. L'enquête de santé de 2005 révèle que 20,10% des algériens du groupe d'âge 35-70 ans souffrent de l'obésité et que les femmes sont plus touchées que les hommes avec respectivement 28,39% et 8,69%. L'analyse par secteur d'habitat montre qu'il n'y a pas de différence significative, soit 20,88% en milieu urbain et 18,72% en milieu rural et que la population du Tell est la plus touchée en comparaison aux autres régions (Tableau 3). Chez les enfants, la comparative entre MICS3 et MICS4 montre une augmentation de la prévalence de l'obésité infantile-juvénile de 9,3 % à 12,4 %.

3.2.5 L'hypercholestérolémie

Ce facteur qui contribue au développement de certaines pathologies cardiovasculaires est estimé à 4,57% chez les algériens âgés de 35 à 70 ans. Il est plus prononcé chez les hommes que chez les femmes et atteint sa valeur maximale chez les personnes entre 65 et 70 ans soit 7,14% chez les hommes et 6,73% chez les femmes. L'analyse selon le secteur d'habitat montre une proportion plus élevée en milieu urbain 7,14% qu'en milieu rural 4,60% et une diminution en allant du nord vers le sud (Tableau 3).

3.2.6 L'hypertriglycéridémie

L'hypertriglycéridémie est définie par taux de Triglycéride supérieure ou égale 200 mg/dl. Selon l'enquête de 2005, 14,76% des Algériens souffrent de ce trouble métabolique qui augmente avec l'âge de 12,88% chez les individus de 35-39 ans pour atteindre 17,20% chez les 50-54 ans, Il est plus important en milieu urbain qu'en milieu rural (16,02% vs 12,54%) et dans le Sud (16,93%) par rapport au Tell (13,45%) (Tableau 3).

Tableau 3: Prévalence de l'HTA, du diabète, de l'obésité, de l'hypercholestérolémie et de l'hypertriglycéridémie en Algérie en 2005.

	HTA	diabète	Obésité	cholestérol	Triglycéride
Age (ans)					
35-39	6,16	4,16	17,82	3,55	12,88
40-44	12,28	6,05	19,66	3,29	13,79
45-49	21,03	10,94	23,56	4,43	14,25
50-54	25,61	13,76	22,97	5,12	17,20
55-59	33,31	13,70	21,14	5,22	15,30
60-64	47,77	22,37	22,12	3,88	16,31
65-70	45,32	22,05	14,03	6,94	14,55
Sexe					
Homme	18,98	11,93	8,69	3,66	14,23
Femme	28,45	12,54	28,39	5,18	15,13
Milieu					
Urbain	25,96	13,81	20,88	5,31	16,02
Rural	23,13	9,62	18,72	3,24	12,54
Région					
Tell	25,34	12,26	21,25	3,85	13,45
H. plateaux	24,73	13,27	17,91	6,67	16,94
Suds	22,17	8,52	18,82	2,71	16,93
Total	24,93	12,29	20,10	4,57	14,76

Source : enquête nationale de santé de 2005

4. Causes de décès

Ce que l'on peut dire sur les causes de décès en Algérie, est la déficience des données. Les chiffres disponibles montrent que le pays traverse une transition sanitaire mais d'une manière imprécise. Ce manque réside dans la contribution de certaines maladies dans le taux globale. L'enquête de 2002 a donné des proportions des décès de 26,1% et 9,5% qui sont dus aux maladies cardiovasculaires et les tumeurs, alors que les certificats de décès de 2004 et 2005 donnent 14,0 % et 18,5% pour la première maladie et 5% et 6,5% pour la deuxième pathologie. Ces statistiques imparfaites sont le fait du faible taux de couverture des causes de décès qui ne dépasse pas les 25% (32260 décès) et 29,5% (40199 décès) pour l'ensemble des décès déclarés par l'ONS (129390 et 136380 décès pour les deux années consécutives). En dépit de ces réserves, l'étude des causes de décès entre 2005 et 2013, enregistrés en milieu hospitalier montre que la première cause de décès est attribuée aux maladies cardiovasculaires oscillant entre 18,2 et 21,6% suivie des maladies de la période périnatale avec une moyenne de 15% et les tumeurs entre 6,5 à 9,7%.

Tableau 4: Causes de décès en Algérie entre 2005 et 2013

CAUSES DE DECES	2005	(%)	2013	(%)
Maladies infectieuses	1161	2,9	1772	2,8
Tumeurs	2612	6,5	6147	9,7
Maladies des organes hématopoïétiques.	310	0,8	790	1,3
Maladies Endocriniennes	2035	5,1	3312	5,2
Troubles mentaux	15	0,0	23	0,0
Maladies du système nerveux	411	1,0	909	1,4
Maladies de l'œil et ses annexes	2	0,0	1	0,0
Maladies de l'oreille et de l'apophyse	---	---	1	0,0
Maladies de l'appareil circulatoire	7330	18,2	13621	21,6
Maladies de l'appareil respiratoire	2091	5,2	3957	6,3
Maladies de l'appareil digestif	1098	2,7	2049	3,2
Maladies de la peau	48	0,1	122	0,2
Maladies ostéo articulaire.	53	0,1	41	0,1
Maladies de l'appareil génito-urinaire	843	2,1	1759	2,8
Grossesse, accouchement et puerpéralité	128	0,3	92	0,1
Affections de la période périnatale	7135	17,7	9700	15,4
Malformations congénitales et chromo	1402	3,5	2729	4,3
Symptômes et résultats d'ex. anormaux	11294	28,1	12167	19,3
Traumatismes et Causes externes de	2231	5,5	3963	6,3
Total	40199	100	63155	100

Source : INSP, (2013), «certification des causes médicales de décès », Algérie.

Conclusion :

Malgré le manque de données qui permettant de clarifier le passage de la population Algérienne par les étapes de la transition alimentaire, les enquêtes disponibles indiquent que l'Algérie est entrée dans la deuxième phase marquée par des maladies liées à la nutrition.

Les changements rapides dans l'apport alimentaire et les habitudes de vie en Algérie démontrent clairement un impact significatif sur l'évolution de la morbi-mortalité ainsi que la hausse de l'obésité et les facteurs de risque de pathologies chroniques. La prévalence de l'obésité chez les adultes est en augmentation continue pour les femmes comme pour les hommes. Il en est de même pour les enfants de moins de 5 ans malgré la persistance de la malnutrition. La prévalence du diabète et de l'hypertension artérielle est similaire à celle de l'obésité, et toutes les deux sont en augmentation. La tendance à la sédentarité caractérise une grande partie de la population. Les changements alimentaires doivent faire l'objet d'un suivi et doivent être corrigés par une modification de comportement et la promotion de bonnes pratiques alimentaires et de l'activité physique. D'où la

nécessité de renforcer les programmes de santé existants pour la sensibilisation de la population sur la prévalence croissante de l'obésité et de mettre l'accent sur la prévention des maladies chroniques liées à l'alimentation.

Références:

Ascher F., (2005), *Le mangeur hypermoderne*, Paris: Editions Odile Jacob, 330 p.

INSP, (2013), «certification des causes médicales de décès », Algérie.

INSP, (2006), «Amélioration de la certification des causes médicales de décès ». pp.1–16, Algérie.

INSP, (2005), *Enquête Nationale de Santé: Rapport principal*, Algérie.

INSP, (1990), *Enquête Nationale de Santé: Rapport principal*, Algérie.

Popkin, B.M., (2002), « An overview on the nutrition transition and its health implications: the Bellagio meeting», *Public Health Nutrition*, vol. 5(1A), pp.93–103.

Popkin, B.M., (1998), «The nutrition transition and its health implications in lower-income countries», *Public Health Nutrition*, vol. 1(1), pp.5–21.

Omran Abdel R., (1971), «The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change», *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 49, N° 4, pp. 509-538.

ONS. (2013), *Enquête nationale à indicateurs multiples : suivi de la situation des enfants et des femmes MICS3 2012/2013*, Algérie.

ONS. (2006), *Enquête nationale à indicateurs multiples : suivi de la situation des enfants et des femmes MICS3 Algérie 2006*, Algérie.