



Double fardeau nutritionnel (DFN) Pôle francophone en Afrique

www.poledfn.org

DFN
Double Fardeau Nutritionnel

Faculté de médecine
Département de nutrition
Unité de Santé Internationale

Université de Montréal



Centre collaborateur OMS sur la transition nutritionnelle et le développement, Canada



Organisation mondiale de la Santé



IRSP
Institut Régional de Santé Publique

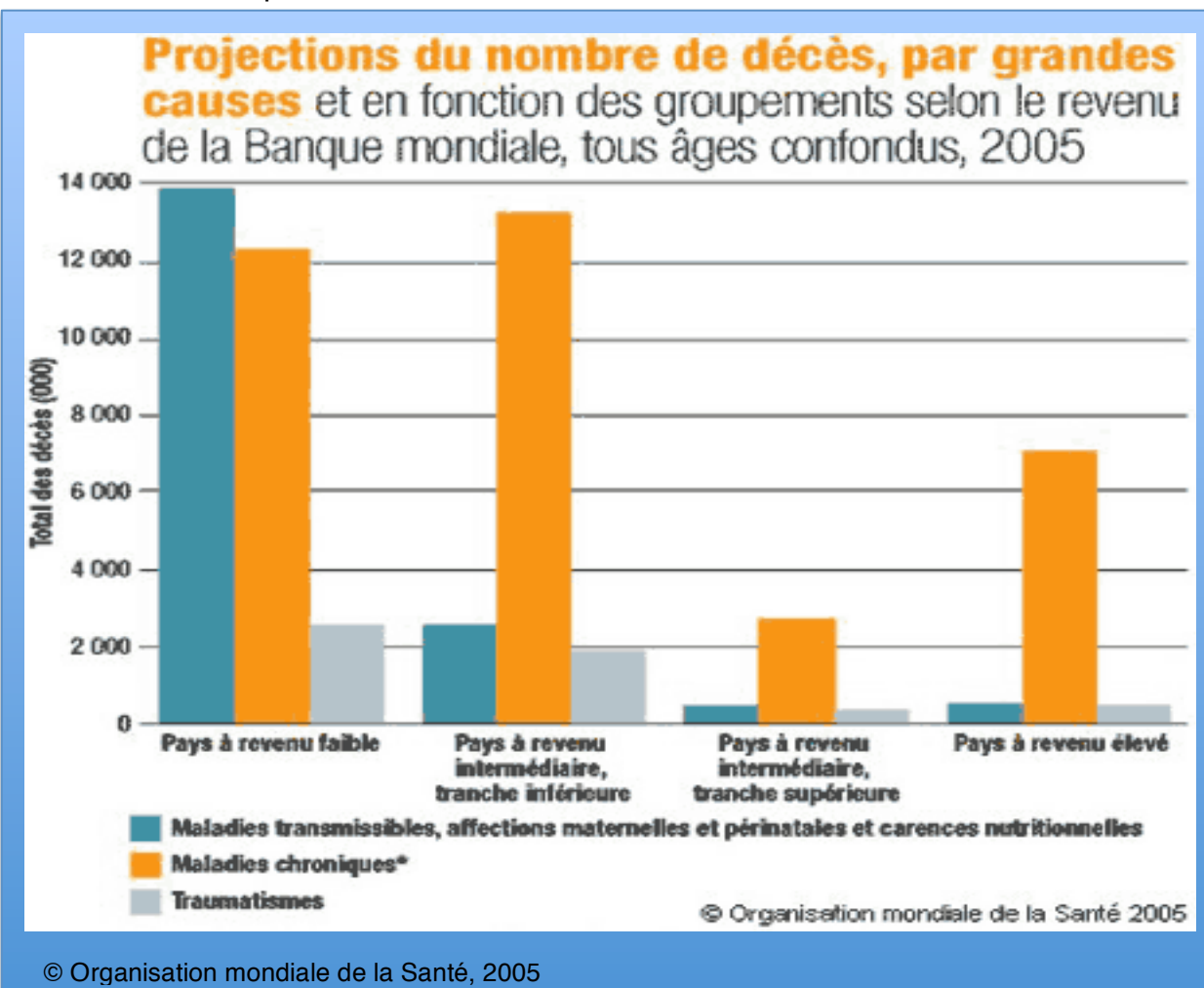
Bénin : ISBA, Université d'Abomey-Calavi (UAC)
Burkina Faso : IRSS, Université de Ouagadougou (UO)
Mali : Hôpital et Université de Bamako; Santé Diabète (ONG)
Région francophone ouest-africaine : HKI, OMS
Partenariat subventionné par l'Agence canadienne de développement international (ACDI) 2008-2014

Maladies cardiovasculaires dans les pays en développement : Les faits

Dossier préparé par Maryse Hamelin Raynaud (mars 2009)

En ce début du XXI^{ème} siècle un décès sur trois dans le monde est d'origine cardiovasculaire.

Les cardiopathies ischémiques et les accidents cérébrovasculaires sont les deux premières causes de mortalité et, combinées, la première cause d'incapacité dans toutes les régions du monde à l'exception de l'Afrique sub-saharienne — où l'infection VIH/SIDA reste la première cause de mortalité et la deuxième cause de morbidité



(Lopez et al 2006).

Dans l'ensemble des pays en développement, les maladies cardiovasculaires tuent deux fois plus que le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose réunis. En 2005, approximativement dix-huit millions de personnes sont décédées de maladies cardiovasculaires dans le monde. 80% de ces décès sont survenus dans les pays en développement (Abegunde et al 2007).

À l'horizon 2020 dans les économies en développement, les cardiopathies ischémiques devraient augmenter de 120% chez les femmes et 137% chez les hommes. Pour la même période dans les économies développées, cette augmentation devrait être de 30% et 60%, à âge égal pour les femmes et les hommes respectivement (Gaziano et al 2006) .

Le fardeau de mortalité et de morbidité cardiovasculaire s'alourdit partout dans le monde. Mais le problème se pose en des termes différents dans les pays développés et dans les pays en développement.

Dans les pays développés, la mortalité cardiovasculaire se concentre dans les groupes les plus âgés de la population. La prévention primaire et secondaire, les avancées thérapeutiques et l'efficacité de prise en charge des infarctus du myocarde et des accidents cérébrovasculaires permettent de repousser l'âge de survenue des décès. 80% des décès surviennent après l'âge de 65 ans (Gaziano et al 2007).



Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de décès en Afrique chez les plus de 45 ans.

Photo : WHO Chris de Bode Février 2006

Source : Fogarty International Center.

Les maladies cardiovasculaires tuent mais tard dans la vie, à un âge de moindre productivité économique, généralement l'âge de la retraite dans les économies occidentales. Les économies en développement en sont aux premiers stades de la transition démographique. La pyramide des âges est caractéristique de populations « jeunes » : L'espérance de vie y augmente mais lentement. La mortalité infanto-juvénile et maternelle reste élevée, les états carenciels et les infections imparfaitement contrôlés. La transition nutritionnelle nourrie par une urbanisation en croissance exponentielle touche de plein fouet

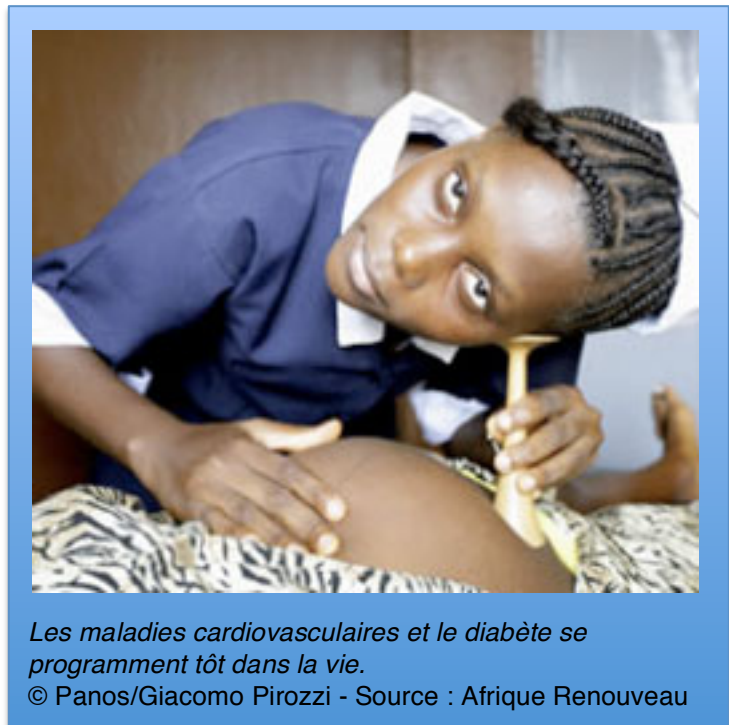
ces populations d'adultes jeunes. Elles sont exposées à un mode de vie obésogène et athérogène et entrent rapidement dans la maladie cardiovasculaire faute d'un accès suffisant à la prévention et aux traitements.

Par conséquent, la mortalité cardiovasculaire se concentre dans la tranche d'âge 30-65 ans. 58% des décès surviennent avant l'âge de 60 ans (Gaziano et al 2007).

Tout indique que dans les 30 ans à venir les maladies cardiovasculaires continueront à tuer prématurément des adultes jeunes économiquement productifs.

Le rapport collectif de la Commission on Macroeconomics and Health mené sous la direction de Stephen Leeder a analysé et projeté la situation cardiovasculaire de six pays en développement (Chine, Inde, Afrique du Sud, Brésil, Russie, Philippines) et deux pays développés (USA, Portugal). Les chiffres sont éloquentes sur l'ampleur du problème présent et à venir (Leeder et al 2004).

Dans la première décennie 1990-2000, le taux de mortalité cardiovasculaire pour 100 000 est resté indéniablement plus élevé aux USA et au Portugal. Mais, après standardisation pour l'âge, il a diminué dans ces deux pays et a augmenté dans les six pays en développement.



Les maladies cardiovasculaires et le diabète se programment tôt dans la vie.

© Panos/Giacomo Pirozzi - Source : Afrique Renouveau

Entre 2000 et 2040, la mortalité cardiovasculaire standardisée pour l'âge devrait augmenter de 250% au Brésil, 200% en Chine et 175% en Inde contre 60% aux USA et Portugal.

Ce scénario est un scénario « réaliste » estimé à partir des données de l'Organisation Mondiale de la Santé et des projections démographiques de la Banque Mondiale. Il assume la stabilité des facteurs de risque au niveau atteint en 2000. Les prévisions ne sont donc pas dénuées d'incertitudes, en particulier en ce qui concerne l'obésité et le diabète.

Les adultes dans la force de l'âge paient d'ores et déjà le plus lourd tribut en termes de mortalité et de morbidité cardiovasculaire. Aux Philippines 50% des décès surviennent avant l'âge de 65 ans comparé à 9 % au Portugal.

Dans la région brésilienne du Rio Grande Do Sul, chez les 35 ans-64 ans, ans, le nombre des admissions hospitalières pour infarctus du myocarde dépasse celui des admissions pour toutes les autres causes confondues.

En Afrique du Sud, les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité et devançant l'infection VIH/SIDA au-delà de 45 ans. L'écart entre les mondes en développement et développés est encore plus frappant si l'on considère la mortalité des hommes et femmes âgées de moins de 45 ans (cardiopathies exclues).

Au Portugal, 12.9 % des décès survenus chez les hommes et 5.9% des décès survenus chez les femmes avant l'âge de 45 ans sont d'origine cardiovasculaire, contre 17.4% et 27.1% au Brésil. En Afrique du Sud, dans la tranche d'âge 35 ans-44 ans prioritairement touchée par le VIH/SIDA, 12% des morts masculines et 17.2 % des morts féminines sont cardiovasculaires.

Les femmes sont les plus vulnérables aux maladies cardiovasculaires. La pauvreté aggrave cette situation.



Unité de recherche cardiovasculaire, Soweto (Afrique du Sud) - Source : The Heart Soweto Study.

Dans les quatre pays, Brésil, Inde, Afrique du Sud et Russie, malgré leur plus faible mortalité globale, les femmes ont une mortalité cardiovasculaire plus élevée que les hommes quelle que soit la tranche d'âge considérée. élément inquiétant: le fossé entre la mortalité de ces quatre contextes de développement et celle des USA et du Portugal est incomparablement plus profond chez les femmes qu'il ne l'est chez les hommes. (Leeder et al 2004).

En Afrique du Sud, les maladies cardiovasculaires représentent la troisième cause de morbidité chez les femmes et "seulement" la sixième cause chez les hommes. Chez les femmes de faible statut socioéconomique, les maladies cardiovasculaires contribuent à 45.5% des années de vie perdues

contre 35% chez les hommes de même milieu (Leeder et al 2004).

Une étude longitudinale tanzanienne portant sur la mortalité cérébrovasculaire avant l'âge de 65 ans confirme cette disparité de genre: En milieu urbain, le taux de mortalité standardisé pour l'âge est de 88/100 000 pour les femmes contre 65/100 000 chez les hommes. Par comparaison: En Angleterre et Pays de Galles le taux est de 8.6/100 000 et 10.8/100 000 chez les femmes et les hommes respectivement (Walker et al 2000).

Le passé de malnutrition et les carences persistantes rendent-elles les populations en développement plus vulnérables aux maladies cardiovasculaires?

La transition démographique et la transition nutritionnelle sont deux moteurs essentiels de l'épidémie de maladies cardiovasculaires.

L'accès limité à la prévention et aux soins précipite plus rapidement vers la maladie, la récurrence et la mort. Il est indéniable que l'insuffisance des ressources des systèmes de santé joue un rôle déterminant dans les décès prématurés.

Néanmoins la vulnérabilité devant les maladies cardiovasculaires à un âge relativement jeune et tout particulièrement chez les femmes dans des populations où la malnutrition générale et spécifique est encore si présente soulève une interrogation: l'empreinte laissée par les expériences nutritionnelles passées agit-elle en synergie avec les expériences présentes? Révèle-t-elle et accélère-t-elle la transition vers les maladies cardiovasculaires?

Nous faisons ailleurs le point sur cette question et sur les pistes à explorer :

- Lien entre nutrition foetale et post-natale précoce et facteurs de risque cardiovasculaires (origine précoce des maladies chroniques)
- Lien entre carences chroniques et facteurs de risque cardiovasculaires (problématique du double fardeau nutritionnel)

Références

- Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007; 370: 1929-38
- Gaziano TA, Reddy K S, Paccaud F, Horton S and Chaturvedi V. Cardiovascular Disease in Disease Control Priorities. Second edition. (Ed. Jamison et al. New York University press and World Bank) 2006; Chapitre 33 : 645-662.
<http://www.dcp2.org/pubs/DCP>
- Gaziano TA. Reducing the growing burden of cardiovascular disease in the developing world. *Health affairs* 2007; 26(1) : 13-24
- Leeder S, Raymond S, Greenberg H, Liu H and Esson K. A race against time. The Challenge of Cardiovascular Disease in Developing Economies. (New York Trustees of Columbia University) 2004 ; Chapitre C : 16-37
<http://www.earth.columbia.edu/news/2004/story04-06b-04.html>
- Lopez A D, Mathers C D , Ezzati M, Jamison D T and Muray C J L. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001 : systematic analysis of population health data. *Lancet* 2006; 367 :1747-1757
- Walker RW, Mclarty DG, Kitange HM, Whiting D, Masuki G, Mtasiwa DM, Machibya H, Unwin N and Alberti KG. Stroke mortality in urban and rural Tanzania. Adult Morbidity and Mortality Project. *Lancet* 2000; 355 :1684-1687