

LA CONTRE-OFFENSIVE DE LA MORTALITE EN AFRIQUE ?

Pierre CANTRELLE

Directeur de Recherches à l'ORSTOM

Il semble que le niveau de santé ne s'améliore pas pour de nombreuses populations d'Afrique. L'évolution de la mortalité confirme-t-elle cette impression ? Quel pronostic peut-on porter ?

Il n'existe pas d'article de presse sur le développement ou la situation sanitaire en Afrique qui ne fasse état de la mortalité, souvent d'ailleurs sans vérifier la validité des sources. On utilise les taux de mortalité aussi bien comme indicateur de santé que comme indicateur du niveau socio-économique; c'est le cas de la mortalité infantile, celle de la première année d'âge. Mais pour les pays en développement - l'Afrique intertropicale en particulier - l'ensemble de la période de moins de cinq ans a plus de signification, plus précisément, celle du groupe d'âge de 1 à 4 ans que l'on appelle mortalité juvénile. On sait que l'indicateur mortalité est loin d'être parfait pour traduire le niveau de santé d'une population mais, faute de mieux, c'est encore un des plus pratiques.

Quelle est la situation de la mortalité en Afrique ?

Dans les années 60, il n'était pas rare de rencontrer en milieu rural en Afrique des taux de mortalité de l'enfance qui dépassaient la mortalité de l'Europe au XVIIIème siècle. Sans négliger l'environnement intertropical particulier, cette situation était la preuve que le système de santé était très insuffisant et mal adapté.

Cela n'empêchait d'ailleurs pas le taux de croissance de la population de se maintenir à un niveau élevé. Avec une mortalité générale de 30‰, importante pour notre époque, une natalité de l'ordre

de 50‰ laisse un accroissement annuel de 2%, ce qui permet à une population de doubler en une génération.

On sait que l'Afrique est la région du monde où la mortalité est la plus élevée. Par exemple, le "Population Reference Bureau" (1981) avançait les taux de mortalité infantile suivants :

Afrique	120
Asie	89
Amérique latine	65
URSS	33
Europe	16

Mais c'est là un constat global qui masque, à côté de niveaux plus favorables comme en Afrique du Nord, des niveaux très élevés, car l'Afrique ne forme pas un bloc homogène. La diversité est grande entre les différents pays.

Au sein d'un même pays les différences peuvent être aussi très importantes : par exemple au Sénégal, dans les années 60-70, avec des données fiables obtenues par des observations précises dans plusieurs points du pays, le taux de mortalité juvénile variait de 20‰ dans la capitale à plus de 100‰ en milieu rural, soit dans un rapport de 1 à 5.

Quel changement au cours des dernières décennies ?

Entre les périodes 1950-1955 et 1980-1985, soit en une trentaine d'années, l'espérance de vie aurait généralement augmenté de près de 16 ans dans les pays en développement, de 15 ans en Afrique du Nord mais de seulement 12 ans en Afrique intertropicale.

En Afrique, le quotient de mortalité juvénile entre 1960 et 1978 (Mandjale 1985) serait passé de 148 à 105‰ en 18 ans, soit une réduction de moins de 30%. La différence entre les pays du continent africain s'est accentuée. Il apparaît en général que plus le niveau de mortalité était élevé en 1960, moins les progrès ont été importants. Mis à part La Réunion, l'île Maurice et l'Afrique du Sud, l'écart des quotients de mortalité juvénile était de l'ordre de 1 à 3,3 en 1960 et de 1 à 5,5 en 1978.

Dans un pays comme le Sénégal qui a fait l'objet d'une étude de cas sur la mortalité, les auteurs concluent : "Du fait de l'imprécision des données, il n'y a pas de preuve certaine d'une baisse de la mortalité au

niveau national. En particulier, la mortalité infantile semble être restée stable entre 1960 et 1978 tant en milieu rural qu'en milieu urbain, même à Dakar" (Garenne 1985). Dans cette ville où la tenue des registres d'état civil était d'une qualité exceptionnelle jusqu'à ces dernières années, on a même constaté une remontée de la mortalité infantile à la fin de cette période. Mais depuis, on a cessé d'exploiter les données de l'état civil...

Il faut en effet souligner que le manque et l'imprécision des données ne permettent pas de tirer des conclusions définitives et ce, malgré des apports récents comme ceux de l'Enquête Mondiale sur la Fécondité réalisée dans plusieurs pays africains. A Madagascar, les registres d'état civil n'ont plus été exploités depuis 1975 et en Guinée, où l'administration était particulièrement délabrée, on ne dispose d'aucune donnée fiable depuis de nombreuses années, les responsables actuels en sont réduits à s'inspirer de la moyenne des chiffres des pays voisins.

Quand des données sont disponibles, l'imprécision liée à la nature de certaines sources amoindrit leur utilité. Par exemple, une étude récente au Maroc (Courbage 1985) a montré qu'avec les mêmes données, en appliquant en analyse indirecte différentes méthodes d'estimation, on obtenait un écart de 33% entre les estimations de la mortalité infantile (de 91 à 121‰). Des écarts semblables ou même supérieurs sont constatés dans d'autres pays, ce qui a de quoi rendre perplexe l'utilisateur, surtout lorsqu'il s'agit d'évaluer les actions de santé.

Quels éléments de pronostic ?

A défaut de données fiables et récentes dans nombre de pays du continent africain, peut-on avancer des éléments de pronostic? Autrement dit y a-t-il une recrudescence de la mortalité? Le pronostic dépend d'une part, des principales maladies en cause et, d'autre part, des conditions de lutte.

Citons les grandes causes de mortalité de l'enfance :

- les diarrhées représentent de 25 à 30% des décès. On peut désormais les soigner avec des moyens simples, au sein de la famille, avec la RVO (Réhydratation par Voie Orale);

- la rougeole: 10 à 15% des décès. On a mesuré qu'une vaccination contre la rougeole, lorsqu'elle est bien faite, non seulement supprime la mortalité attribuée à la rougeole, mais encore double le gain

de survie des enfants vaccinés. La mesure précise de la mortalité a ainsi permis de conclure en faveur de ceux qui croyaient à cette mesure isolée de vaccination comme moyen de réduire la mortalité infanto-juvénile. En effet, certains pensent que la persistance du couple malnutrition-infections, malgré la vaccination, maintient le même niveau de mortalité dans l'enfance; en matière de santé la foi ou les impressions ont leurs limites ;

- les infections respiratoires aiguës sont aussi une cause importante de mortalité;

- enfin, la malnutrition: c'est seulement récemment qu'on a réellement mesuré ce facteur de risque qui est considérable (Garenne 1986).

D'autres affections sont variables en fonction du milieu géographique, parmi elles :

- le paludisme : d'après Jean Mouchet, on ne peut avancer aucune hypothèse réellement fiable sur la mortalité par paludisme. Il semble bien qu'elle soit plus importante sous les climats à fortes variations saisonnières et transmission discontinue que sous les climats à transmission continue. Quant à la prévalence du paludisme, elle reste probablement inchangée, mais il y a une possibilité de la diminuer par la vulgarisation de l'emploi de la chloroquine, si elle est disponible dans le village. Dans la lutte contre les anophèles, une nouvelle technique, la moustiquaire imprégnée d'insecticide, semble prometteuse.

- la fièvre jaune maîtrisable par la vaccination, peut reprendre, selon les foyers.

- la trypanosomiase ou maladie du sommeil: la situation n'est pas stabilisée, d'anciens foyers sont moins bien contrôlés et de nouveaux foyers apparaissent. Une nouvelle technique préventive, le piège à mouches, utilisable par les habitants à peu de frais, permet un espoir.

Mais des maladies qui n'avaient guère touché l'Afrique jusqu'à ces dernières décennies commencent à s'y implanter :

- le choléra, quel que soit le climat sec ou humide, est parfaitement maîtrisable par l'organisation rapide de la prévention et les soins par réhydratation; mais l'efficacité de la lutte dépend d'abord du système de santé.

- et surtout, une nouvelle maladie, le SIDA, dont la gravité de l'extension est à prendre en compte dans les perspectives de mortalité, même si des moyens de contrôle commencent à apparaître.

Ainsi le patrimoine des connaissances médicales acquises à ce jour permettrait de faire face à plusieurs des grandes causes de mortalité et par conséquent de réduire une part importante de la mortalité, surtout celle de l'enfance; toute la question est de les appliquer.

Les conditions de lutte

L'application passe par le système de santé; celui-ci dépend d'abord d'une volonté politique, à ne pas confondre avec le discours du même nom, et ensuite de la situation économique, notamment des ressources affectées aux secteurs sociaux. Dans la majorité de pays africains, le budget public de la santé est en décroissance depuis plusieurs années. Au Sénégal, par exemple, il est passé de plus de 9% en 1960 à 6% en 1978. Il est vrai qu'il est compensé en partie par la prise en charge de l'achat des médicaments par les ménages et les ONG. Pour la consommation globale de médicaments, selon des statistiques douanières, la part du secteur public serait passée de 60% en 1964 à 25% en 1978.

Ce budget est handicapé par la crise économique et le poids de la dette, qui affecte particulièrement les pays pauvres et par la croissance démographique dans le long terme mais également dans le court terme en affectant la santé maternelle et infantile. Par exemple à Madagascar, le nombre de naissances augmente mais le nombre de lits dans les maternités, lui, n'augmente pas. C'est pourquoi l'on assiste à un raccourcissement de la durée de séjour des nouvelles mères et de leur bébé, ce qui peut augmenter les risques de mortalité péri-natales et de mortalité maternelle.

Au delà du système de santé, les facteurs indirects sont prépondérants, en particulier la production alimentaire qui est insuffisante par rapport à l'accroissement démographique. "Parmi toutes les régions de Tiers-Monde, c'est en Afrique au Sud du Sahara qu'au cours des vingt dernières années le taux de croissance de la production vivrière a été le plus faible, alors même que le taux de croissance démographique y était le plus élevé. L'Afrique est le seul

continent qui soit en train de perdre la course entre la production vivrière et la croissance démographique. " (Banque Mondiale, 1984).

Cette situation préoccupante a été aggravée dans certaines zones par la sécheresse causant disettes et famines auxquelles l'aide internationale n'a pu toujours faire face et par les guerres entre pays et les guerres civiles: en Ethiopie, Ouganda, Soudan, Tchad, Mozambique, Angola,... la liste en serait longue; quand on regarde la carte du continent une bonne partie est affectée par des troubles politiques. En dehors de la mortalité directe, c'est surtout une mortalité indirecte due aux conditions économiques et sanitaires qu'engendrent ces troubles.

La diversité des conditions montre donc qu'il serait téméraire de porter un pronostic global pour l'Afrique et si, l'on voulait le faire, cela n'aurait de sens que pays par pays. En effet, dans certains pays, la situation semble s'améliorer, mais dans beaucoup d'autres on peut craindre qu'elle ne s'aggrave car, depuis 1975, l'évolution des facteurs de surmortalité est presque toujours défavorable. Les guerres civiles et l'instabilité politique, une pénurie alimentaire chronique aggravée par la sécheresse, des politiques agricoles souvent inadaptées, la crise économique et le poids de la dette entraînent, le plus souvent, une baisse du niveau de vie, une diminution de la production agricole, la dégradation des services sanitaires et une recrudescence des grandes endémies.

Pendant ce temps on reste dans le brouillard statistique qui laisse la porte ouverte aux interprétations les plus fantaisistes dans un sens ou dans un autre. Aucun pays, à part la Réunion et l'île Maurice ne dispose de séries de données fiables, nécessaires à une surveillance épidémiologique élémentaire. Pourtant on dispose maintenant d'outils informatiques assurant des mesures de meilleure qualité, avec des délais d'obtention plus rapides et à moindre coût.

Certes l'impression prévaut que la situation ne va pas en s'améliorant dans nombre de pays du continent africain, raison de plus pour qu'en liaison avec l'action on se donne enfin, dans un esprit pragmatique, les moyens de mesurer cette évolution.

SANTE **MEDICAMENTS** **et DEVELOPPEMENT**

Les soins primaires
à l'épreuve des faits

Sous la direction de
Alain DESTEXHE

Les publications de la
FONDATION LIBERTE SANS FRONTIERES
68, bd Saint Marcel - 75005 PARIS