

Mortalité des jeunes enfants

Michel GARENNE

*Directeur de recherche à l'IRD (ex. ORSTOM)
CEPED, Paris*

Le chapitre "Santé, morbidité, mortalité" du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD, le Caire 1994) comprenait quatre rubriques : les soins de santé primaire et secteur de la santé, la santé et la survie de l'enfant, la santé maternelle et la maternité sans risque, le VIH/sida. On ne traite ici que du deuxième point, les autres étant abordés ailleurs.

La baisse de la mortalité des jeunes enfants dans le monde (bref rappel historique)

Depuis plus d'un siècle dans les pays développés et depuis au moins un demi-siècle dans les pays en développement on assiste à une baisse de la mortalité des jeunes enfants, surtout de la mortalité infantile (moins de 1 an) et juvénile (de 1 à 4 ans), qui sont les mortalités les plus élevées avant celles des grands âges. Cette baisse a été forte et rapide dans la plupart des pays. Les dates du début de la baisse continue de la mortalité sont assez mal connues, et sujettes à controverse pour les pays développés, mais il est vraisemblable qu'il y ait un décalage moyen d'environ 50 ans entre les pays développés et les pays en développement.

Ainsi, en France, la mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes) était approximativement de 150 en 1900, 100 en 1920, 50 en 1950, 10 en 1980, et 5 en 1997. Depuis 1950, la baisse de la mortalité infantile en France a été assez régulière, et approximativement égale en valeur relative à 5 % par an, donc très rapide, alors qu'elle n'était que de 2 % par an en moyenne entre 1900 et 1950. La plupart des pays développés ont connu une baisse similaire, approximativement du même ordre de grandeur et grosso modo aux mêmes périodes, même si pour certains elle a été plus rapide (le Japon par exemple).

Dans les pays en développement, l'évolution de la mortalité infantile a été plus contrastée, et semble plus hétérogène que celle des pays développés. Certains pays ont connu des baisses aussi spectaculaires que les pays développés (Chine, Costa Rica, Cuba, Sri Lanka), mais certains ont connu des baisses plus lentes. Pour donner un exemple de pays en développement à évolution lente, en Inde, la mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes) était estimée à 210 pour 1000 en 1910, à 150 pour 1000 en 1950 et à 72 pour 1000 en 1997, soit un rythme moyen de 0,8 % entre 1910 et 1950 et de 1,6 % entre 1950 et 1997, approximativement le tiers du rythme de baisse de la mortalité en France au cours des mêmes périodes.



Fonds Documentaire ORSTOM
Cote : B-X21086 Ex : 1

Les principales causes de décès des jeunes enfants

Les principales causes de décès des jeunes enfants sont bien connues, et pour la plupart faciles à prévenir ou à soigner. Dans les situations de forte mortalité ce sont surtout, en vrac :

- Les maladies infectieuses : maladies diarrhéiques, maladies respiratoires aiguës, maladies transmissibles de l'enfant (rougeole, coqueluche, diphtérie, tétanos, méningite, varicelle), la tuberculose, et les maladies tropicales (surtout le paludisme) ; souvent, ces maladies sont sévères et létales du fait d'une malnutrition sous-jacente ;

- Les maladies de la malnutrition (marasme, kwashiorkor, avitaminoses) ;
- Les maladies et conditions de la période périnatale (prématurité, hypotrophie) ;
- Les circonstances de l'accouchement (dystocies etc.) ;
- Les malformations congénitales ;
- Les accidents (domestiques, de la route, noyades).

L'importance relative de ces causes varie selon le pays et la période, et est assez corrélée au niveau de mortalité. Dans les pays à plus forte mortalité prédominent en général les maladies infectieuses et la malnutrition ; dans les pays à plus faible mortalité prédominent en général la prématurité, les malformations et les accidents.

Les causes de la baisse de la mortalité

Les causes de la baisse de la mortalité des jeunes enfants sont assez bien identifiées :

- Au niveau du système de santé : l'accès aux soins et leur utilisation par toute la population, en particulier pour le suivi de la grossesse, la prise en charge de l'accouchement et du nouveau né, le suivi du nourrisson, les vaccinations (PEV), les traitements des maladies aiguës et tout particulièrement les diarrhées (réhydratation) et les maladies des voies respiratoires inférieures ;

- L'équité du système de santé, qui compte encore plus que ses performances techniques (exemple au Kerala) ;

- La nutrition (quantité, qualité, équilibre), et surtout l'allaitement au sein aussi longtemps que possible ;

- L'amélioration des connaissances médicales et l'innovation pharmaceutique concernant les médicaments (antibiotiques, antipaludéens, et maintenant antirétroviraux) et les vaccins particulièrement efficaces pour prévenir les principales maladies du jeune enfant (rougeole, coqueluche, tétanos, diphtérie, poliomyélite) ;

- Les connaissances, attitudes et pratiques sanitaires des parents, elles même liées au développement général, à l'urbanisation, et leur niveau d'instruction.

L'organisation générale de la santé publique, l'engagement de l'état (volonté politique), l'expertise internationale, et l'aide internationale sont des éléments clé de la réussite de la politique de santé. Ainsi des pays pauvres, aux performances économiques médiocres (Sri Lanka, Kerala, Costa Rica, Cuba, Chine) ont des niveaux de mortalité assez faibles et comparables aux pays développés (TMI < 30 pour 1000), malgré un niveau de revenu faible et comparable aux pays les plus pauvres (PNB < 1000 USD), grâce à un système de santé équitable et bien organisé. Certains pays africains, eux aussi aux performances économiques médiocres, ont pu connaître une évolution très favorable de la mortalité des jeunes enfants, bien que partant de niveaux très élevés (Sénégal, Côte d'Ivoire, Kenya), au moins jusqu'en 1990, c'est à dire avant l'apparition du sida pédiatrique. Cependant, même à ce niveau on observe des différences de mortalité à l'inverse des situations économiques (par exemple entre la Côte d'Ivoire et le Kenya).

Les tendances récentes

Les tendances récentes (1991-1996) ont en général confirmé les tendances anciennes, avec une baisse moyenne de la mortalité infantile de 4 % par an en moyenne dans le monde. Mais cette moyenne cache des disparités très importantes entre les grandes régions du monde, disparités qui semblent plutôt plus contrastées que dans la période précédente.

Les pays développés, ainsi que la majorité des pays en développement ont connu une baisse de la mortalité rapide. La baisse moyenne annuelle au cours des 5 années pour lesquelles on dispose de données (1991-1996) a atteint 10 % en Chine, 6 % en Amérique Latine, 5 à 6 % en Europe en dehors de l'Europe de l'Est, 5 % en Asie, 4 % en Océanie, 3 % en Amérique du Nord et en Russie. Par contre, on note une baisse plus faible en Europe de l'Est (1.3 %) et très faible en Asie du Sud-est et en Afrique sub-Saharienne (< 1 %).

Dans les pays développés les taux de mortalité infantile ont atteint des niveaux très bas, inférieurs à 5 pour 1000 dans les pays les plus avancés (Japon, Suède, France). Dans de nombreux pays en développement, le taux de mortalité infantile est passé en dessous de la barre des 50 pour 1000, soit le niveau de la mortalité en France dans les années 1950. Les pays les plus en retard sont certains pays d'Asie de Sud et les pays d'Afrique sub-Saharienne, où malgré des efforts continus la mortalité infantile est souvent entre 50 et 100 pour 1000.

De plus, plusieurs pays ont vu leur mortalité infantile augmenter au cours la période récente (voir ci-dessous).

La mortalité juvénile (1-4 ans) suit en général une évolution similaire à celle de la mortalité infantile, et sa baisse est pratiquement toujours plus rapide que celle de la mortalité infantile, comme cela a été le cas dans les pays développés. Ainsi le ratio de la mortalité juvénile à la mortalité infantile tend à diminuer avec la baisse de la mortalité infantile, mais il varie fortement d'un pays à l'autre pour un même niveau de mortalité.

Renversements de tendance

En Afrique, on a observé à plusieurs reprises des renversements de tendance, c'est à dire une augmentation de la mortalité infantile lors de crises politiques, de crises économiques, et plus généralement dans les cas de mauvaise gestion de l'état, ce qui semble ne jamais avoir été le cas dans les pays européens (hormis les crises ponctuelles dues à une épidémie majeure

ou aux deux guerres mondiales). C'est par exemple le cas de l'Ouganda (1971-1979), du Ghana (1979-1983), du Rwanda (1960-1974), de Madagascar (1960-1984), de la Zambie (1980-1989), de l'Angola (1983-1987), du Mozambique (1975-1989) et probablement d'autres pays pour lesquels on ne possède pas de données précises (Afghanistan, Éthiopie, Somalie, etc.). Par contre en Russie, où on observe une crise politique et économique majeure depuis 1990, qui fut suivie d'une augmentation de la mortalité adulte jusqu'en 1995, la mortalité infantile n'a pas augmenté.

Crises épidémiologiques (maladies émergentes)

D'autre part, en Afrique tout particulièrement, on assiste à une augmentation de la mortalité infanto-juvénile du fait de deux maladies infectieuses :

- Le paludisme, en particulier le paludisme résistant, que l'on trouve maintenant dans pratiquement tous les pays africains ;

- Le sida pédiatrique : le sida est devenu, ou est en passe de devenir, la première cause de décès des jeunes enfants dans plusieurs pays très infectés. On estime à environ 20 % la transmission verticale au moment de la naissance et à 10 % environ la transmission par l'allaitement maternel. Dans un pays fictif où 30 % des femmes enceintes sont séropositives, et où les médicaments antirétroviraux (AZT, trithérapies) ne sont pas disponibles, ce qui est le cas actuellement de l'Afrique Australe et de certains pays d'Afrique Orientale, la mortalité infanto-juvénile va augmenter en valeur absolue d'environ 90 pour 1000, c'est à dire est susceptible de doubler, voire de tripler, les taux de mortalité infanto-juvénile d'avant 1990.

- On ne dispose que de très peu de données sur la tuberculose chez le jeune enfant en Afrique sub-Saharienne, et il ne peut pas être exclu que cette importante cause de décès juvénile soit aussi en augmentation.

Conclusion

En conclusion, au cours de ces dernières années, on a vu apparaître un nouveau phénomène, exceptionnel ou ignoré il y a dix ans, celui des tendances à l'augmentation de la mortalité des jeunes enfants. La communauté internationale s'était habituée, depuis 1950, à une amélioration continue de la situation sanitaire des jeunes enfants. Certes les progrès étaient irréguliers, plus ou moins rapides selon les pays, mais le progrès était attendu. Ce n'est plus le cas depuis quelques années. Les pays qui souffrent de renversement de tendances de la mortalité des jeunes enfants devraient faire l'objet d'une attention particulière des décideurs. C'est tout particulièrement le cas du sida pédiatrique et du paludisme résistant, maladies pour lesquelles il existe des solutions techniques de prévention.

Le récent prix Nobel d'économie, Amartya Sen, qui a consacré sa vie à l'étude de l'équité, soulignait récemment que la mortalité, et tout particulièrement la mortalité des jeunes enfants, est un excellent indicateur des performances économiques et des échecs économiques. Ces notions doivent bien entendu être prises ici au sens large de la bonne gouvernance. Les politiques visant à réduire la mortalité des jeunes enfants sont un élément incontournable de la politique économique, qu'elle soit nationale ou mondiale.

Propositions

Dans ce cadre, la France pourrait faire quelques propositions :

- Demander aux organismes internationaux de publier des données sur les évolutions moyennes de la mortalité des jeunes enfants, par période de 5 ou 10 ans. Ceci a l'avantage de faire apparaître les progrès (ou les régressions), quel que soit le niveau de départ, ce qui fournit une meilleure mesure des efforts accomplis (ou à fournir) et réduit la sensibilité par rapport aux valeurs brutes (il semble plus important pour un pays quelconque de montrer que la mortalité a baissé de 5 % par an que de juger son niveau actuel).

- Demander à la communauté internationale de faire un effort particulier pour les pays où la mortalité des jeunes enfants est en hausse. Ces pays demandent des aides particulières, au-delà de l'aide humanitaire et des aides régulières déjà fournies.

- Veiller à l'équité des systèmes de santé et de l'accès aux soins. Ceci est tout particulièrement important dans la vague de privatisation qui sévit actuellement à travers le monde. Si ces effets sont globalement positifs, on observe parfois une augmentation de la mortalité dans les catégories les plus pauvres et chez les exclus, même dans les pays à forte croissance économique (exemple de la Chine).

A

B

C

D

E

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Ministère des Affaires Etrangères

**EXAMEN ET EVALUTATION DE L'APPLICATION DU
PROGRAMME D'ACTION DE LA CONFERENCE INTERNATIONALE
SUR LA POPULATION ET LE DEVELOPPEMENT (1994)**

Contribution de la France

**A LA 21^{EME} SESSION EXTRAORDINAIRE
DE L'ASSEMBLEE GENERALE
DE L' ORGANISATION DES NATIONS UNIES**

*New York
30 juin – 2 juillet 1999*

ANNEXES

Ce document présente la quasi totalité des contributions qui ont permis de réaliser le rapport de synthèse officiel de la France évaluant l'application du programme d'action adopté lors de la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994.

Il comprend deux volets :

- *la relation entre population et développement dans le monde,* *page 3*
- *les questions de population sur le territoire français,* *page 111.*

Chaque contribution est publiée sous la responsabilité de son auteur.

