

CHAPITRE 6

LA MORTALITÉ DES JEUNES ENFANTS

Michel GARENNE

*Directeur de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD)
Chercheur au Centre français sur la population et le développement (CEPED)*

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 primaires et le 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 traitera ici que du deuxième point, les autres étant abordés dans d'autres chapitres de l'ouvrage.

Rappel historique de la baisse de la mortalité des jeunes enfants dans le monde

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 (de 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 mille 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 tardive et plus rapide, comme au 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 mille naissances vivantes) était estimée à 210 en 1910, à 150 en 1950 et à 72 en 1997, soit un rythme moyen de diminution 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 infantile en France au cours des mêmes périodes.

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 :

- 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 chez les jeunes enfants sont assez bien identifiées. Elles concernent :

- les progrès 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 (et notamment le Programme élargi de vaccination¹), les traitements des maladies aiguës et tout particulièrement des diarrhées (par la réhydratation) et des maladies des voies respiratoires inférieures ;
- l'équité du système de santé, qui compte encore plus que ses performances techniques, comme on a pu le vérifier par 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 surtout 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-mêmes liées au développement général, à l'urbanisation, et leur niveau d'instruction.

L'organisation générale de la santé publique, l'engagement de l'État, l'expertise et l'aide internationales sont des éléments-clés de la réussite des politiques de santé. Ainsi des pays pauvres, aux performances économiques médiocres (Sri Lanka, Kerala, Costa Rica, Cuba, Chine) ont-ils pu avoir des niveaux de mortalité des enfants assez faibles et comparables aux pays développés (avec un taux de mortalité infantile inférieur à 30 ‰), malgré un niveau de revenu faible et comparable aux pays les plus pauvres (avec un produit national brut inférieur à 1 000 \$ par habitant), 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 et du paludisme résistant. Cependant,

¹ Le Programme élargi de vaccination (PEV), développé sous l'égide de l'OMS, vise une couverture vaccinale de l'ensemble des enfants contre six maladies : diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, rougeole et tuberculose.

même à ce niveau on observe des différences de mortalité à l'inverse des situations économiques, par exemple entre le Kenya et la Côte d'Ivoire dont la mortalité des enfants avant 5 ans est 1,6 fois supérieure à celle du Kenya malgré un produit intérieur brut par habitant supérieur.

Les tendances récentes

Les tendances récentes 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 davantage contrastées que dans la période précédente².

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 subsaharienne (< 1 %).

Dans les pays développés, les taux de mortalité infantile ont atteint des niveaux très bas, inférieurs à 5 pour mille 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 mille, soit le niveau de la mortalité en France dans les années 1950. Les pays les plus en retard sont certains pays d'Asie du Sud et les pays d'Afrique subsaharienne, où malgré des efforts continus la mortalité infantile se situe souvent entre 50 et 100 pour mille. De plus, plusieurs pays ont vu leur mortalité infantile augmenter au cours la période récente (voir infra).

La mortalité juvénile 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.

² On trouvera, dans le tableau annexe du chapitre 7 "Santé de la reproduction et effets du sida", les niveaux de la mortalité des enfants selon les grandes régions du monde.

Renversements de tendance et crises épidémiologiques

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.

Par ailleurs, en Afrique tout particulièrement, on assiste à une augmentation de la mortalité infanto-juvénile du fait de deux maladies infectieuses : d'une part, le paludisme, en particulier le paludisme résistant, que l'on trouve maintenant dans pratiquement tous les pays africains ; d'autre part, le sida pédiatrique, qui 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 anti-rétroviraux (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 mille, c'est-à-dire est susceptible de doubler, voire de tripler, les taux de mortalité infanto-juvénile d'avant 1990. En outre, on ne dispose que de très peu de données sur la tuberculose chez le jeune enfant en Afrique subsaharienne, 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. Celle-ci devrait porter tout particulièrement sur les cas du sida pédiatrique et du paludisme résistant, maladies pour lesquelles il existe des solutions techniques de prévention³.

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 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.

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, comme en Chine.

³ On pourra consulter le chapitre 7 "Santé de la reproduction et effets du sida" sur les moyens de réduction du sida pédiatrique par la prévention de la transmission mère-enfant.

Pour en savoir plus

- BUCHT B., 1996. – "Mortality trends in developing countries: a survey", in : LUTZ W. (ed.), *The Future Population of the World: what can we assume today ?*, p. 147-165. – Laxenburg, Earthscan Publications and IASSA.
- GARENNE M., GAKUSI E. et LERY A., 2000. – "Continuités et discontinuités de la transition sanitaire en Afrique subsaharienne", *Actualités et Dossiers en Santé Publique*, numéro spécial : *Santé dans les pays pauvres*, Paris, Haut Comité de santé publique, p. 20-24.
- GARENNE M., 1996. – "Mortality in Sub-Saharan Africa: Trends and Prospects", in : LUTZ W. (ed.), *The Future Population of the World: what can we assume today ?*, p. 149-169. – Laxenburg, Earthscan Publications and IASSA.
- SCHULTZ T.P., 1993. – "Mortality decline in the low-income world: causes and consequences", *American Economic Review*, vol. 83, n° 2, p. 337-342.

A tall, slender wooden sculpture of a human figure with multiple heads, standing on a circular base. The figure has a long neck and thin body, with several heads stacked vertically. The sculpture is positioned on the left side of the cover.

POPULATION ET DÉVELOPPEMENT :

Les principaux enjeux cinq ans après la Conférence du Caire

Coordonné par

Alain LERY
et Patrice VIMARD