

## HISTOIRES CONTRASTÉES : L'ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ DES ENFANTS EN AFRIQUE (1950 À 2000)

Patrice VIMARD<sup>1</sup>, Mohamed CHERKAOUI<sup>2</sup>

Dans ce texte, nous focaliserons notre attention sur les tendances de la mortalité des enfants de moins de 5 ans<sup>3</sup> en Afrique, le continent qui présente actuellement les niveaux les plus élevés en la matière. L'analyse sera menée à partir de données nationales et régionales et concernera essentiellement la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle.

### L'évolution de la mortalité des enfants en Afrique: une triple inégalité

#### *Une baisse de la mortalité plus lente en Afrique*

Durant la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, toutes les régions du monde en développement ont été concernées par un puissant mouvement de baisse de la mortalité des enfants, concomitant à un recul de la mortalité des adultes et une progression de l'espérance de vie à la naissance. Mais la baisse a été nettement moins rapide en Afrique que dans l'ensemble des pays en développement (PED) : 45 % de baisse contre 65 % entre 1950-1955 et 1995-2000. En 1950-1955, l'Afrique avait une mortalité des enfants proche de celle de l'ensemble des PED. À la fin du XX<sup>e</sup> siècle, elle est près de 70 % plus élevée, et les 10 pays ayant une mortalité supérieure à 200 pour mille sont tous situés en Afrique subsaharienne, alors qu'aucun des 10 pays ayant une mortalité inférieure à 20 pour mille n'est situé en Afrique.

#### *Une baisse de la mortalité plus rapide en Afrique du Nord et en Afrique australe*

Si l'Afrique australe et l'Afrique du Nord ont bénéficié de diminution respectivement comparable ou supérieure à la moyenne des PED, il n'en est pas de même des autres régions. En effet, celles-ci ont connu des diminutions modestes pour l'Afrique de l'Ouest (-53 %) et l'Afrique de l'Est (-43 %), ou très faibles pour l'Afrique centrale (-20 %). Pour l'ensemble de l'Afrique, la diminution a été 3,9 fois plus forte en Afrique du Nord qu'en Afrique centrale alors qu'à l'échelle de l'Afrique subsaharienne, elle a été 3,3 fois plus forte en Afrique australe qu'en Afrique centrale.

#### *Une baisse de la mortalité très variable selon les pays*

La baisse de la mortalité des enfants à l'échelle nationale entre 1960 et 2003 est très inégale d'un pays à l'autre. En 1960, la majorité des pays avaient une mortalité avant 5 ans comprise entre 200 et 299 pour mille, un nombre significatif de pays ayant une mortalité

1. Institut de recherche pour le développement, Marseille, France: patrice.vimard@ird.fr

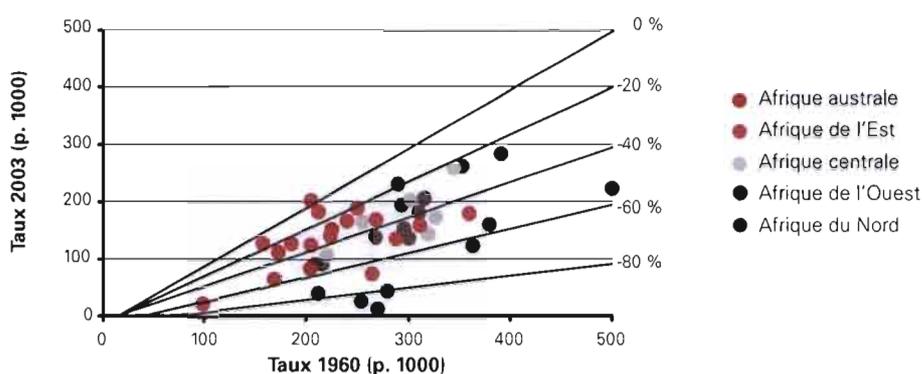
2. Université Cadi Ayyad Marrakech, Marrakech, Maroc: cherkaoui@ucam.ac.ma

3. La mortalité des enfants de moins de 5 ans est symbolisée par  $q_5$  et se mesure en taux pour mille (‰).

égale ou supérieure à 300 pour mille, et 5 pays seulement bénéficiant d'une mortalité inférieure à 200 pour mille. Plus de quarante ans après, en 2003, la moitié des pays ont une mortalité avant 5 ans comprise entre 100 et 199 pour mille, et les pays en dessous de ce niveau de mortalité sont plus nombreux (15) que ceux qui se situent au-dessus (11).

Réelle dans tous les pays, à l'exception du Rwanda qui n'a enregistré aucune diminution en raison de la guerre civile, la baisse de la mortalité des enfants a eu un rythme très inégal durant la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle (FIGURE 1).

**FIGURE 1**  
Évolution de la mortalité avant 5 ans pour 45 pays d'Afrique, 1960 à 2003



Source: Unicef, 2004.

Note: Les droites correspondent à des baisses de la mortalité de 20 %, 40 %, 60 % et 80 % durant la période d'observation.

Les 44 pays observés de 1960 à 2003 peuvent être répartis en 4 groupes, selon le niveau de baisse annuelle:

-Un groupe de 12 pays, dont la baisse est très faible (inférieure à 1 %): Swaziland, Burundi, Madagascar, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe, Angola, Congo R.D., Libéria, Niger, Nigeria, Sierra Leone.

-Un groupe de 20 pays, dont la baisse est faible (entre 1 % et 1,9 %): Botswana, Djibouti, Éthiopie, Kenya, Malawi, Mozambique, Ouganda, Cameroun, Centrafrique, Congo, Guinée équatoriale, Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Mali, Mauritanie, Sénégal, Togo, Soudan.

-Un groupe de 7 pays avec une forte diminution (entre 2 % et 3,9 %): Lesotho, Namibie, Comores, Maurice, Gambie, Guinée, Maroc.

-Un groupe de 4 pays avec une très forte diminution (entre 4,4 et 6,4 %): Algérie, Égypte, Libye, Tunisie, pays appartenant tous à l'Afrique du Nord.

#### *Une hétérogénéité croissante*

Les différentielles des évolutions nationales accroissent l'hétérogénéité entre les pays. En 1960, si l'on excepte les situations particulières, le rapport va de 1 à moins de 3, entre des pays où la mortalité se situe entre 160 et 190 décès avant 5 ans pour mille naissances (Botswana, Namibie, Madagascar et Zimbabwe), et ceux où elle varie entre 350 et 390 décès pour mille naissances (Gambie, Niger, Sierra Leone, Malawi).

En 2003, le rapport va plutôt de 1 à 10, voire plus, entre des pays ayant un niveau proche de 20 décès pour mille naissances (Libye, Tunisie et Maurice) et d'autres entre 220 et 280 décès pour mille naissances (Angola, Mali, Sierra Leone, Somalie).

### Les principaux scénarios de l'évolution de la mortalité à l'échelle nationale

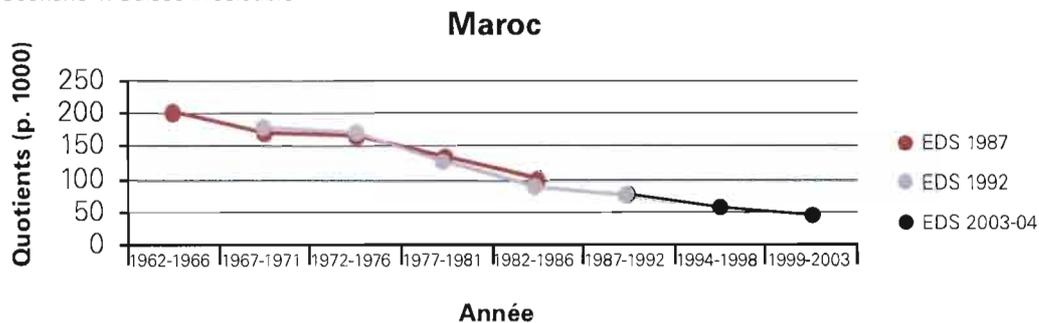
Trois scénarios principaux se dégagent des tendances de la mortalité des enfants depuis les années 1960. Le premier scénario est celui de progrès ininterrompus que l'on peut qualifier de baisse irrésistible de la mortalité des enfants, qui peut être représentée par l'exemple du Maroc (FIGURE 2). À partir d'un quotient de mor-

talité proche de 200 pour mille au début des années 1960, le royaume chérifien parvient à un quotient inférieur à 50 pour mille au début du nouveau siècle, soit une baisse dans un ratio de 4 à 1 en quatre décennies. Les autres pays d'Afrique du Nord (Algérie, Égypte, Libye, Tunisie) sont également dans ce cas, à l'exception du Soudan. En Afrique subsaharienne, les pays qui participent d'un tel modèle scénario sont rares (Comores, Maurice voire Bénin).

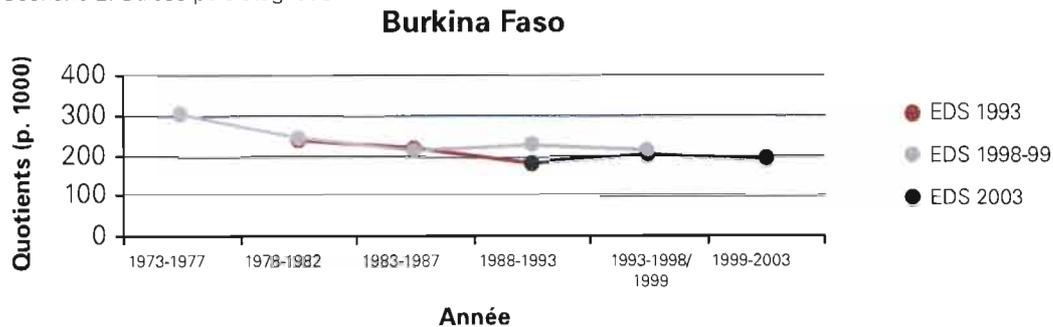
FIGURE 2

Évolution de la mortalité des enfants selon des périodes de référence approchées dans trois pays africains représentatifs des tendances de 1950 à 2000

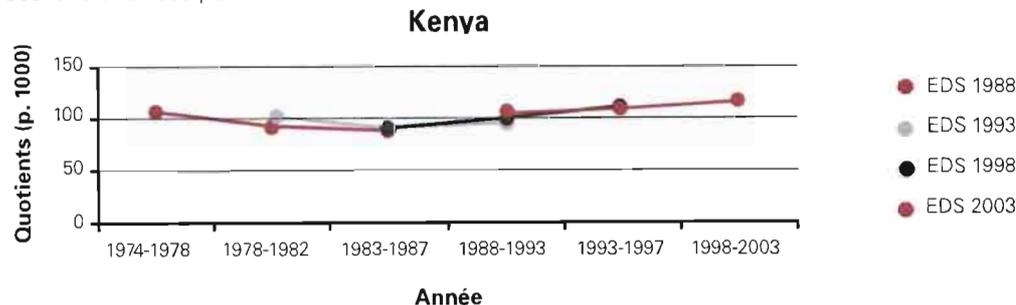
Scénario 1. Baisse irrésistible



Scénario 2. Baisse puis stagnation



Scénario 3. Baisse puis remontée



Source : Rapports EDS.

Les autres pays d'Afrique subsaharienne ont bénéficié de baisses moins rapides, car interrompues par des périodes de stagnation ou de légère remontée, ou d'une baisse suivie d'un renversement de tendance. Le deuxième scénario est donc celui d'une baisse assortie d'une stagnation. Cette stagnation peut avoir été observée durant les années 1980, comme en Tanzanie. Mais, plus fréquemment, cette stagnation est récente et propre à la décennie 1990, comme au Burkina Faso (FIGURE 2) et au Togo par exemple. Pour ces deux pays, les années 1970 et 1980 sont celles d'une baisse sensible des niveaux de mortalité qui approchent alors les 200 pour mille au Burkina Faso et les 150 pour mille au Togo. Mais la décennie 1990 est marquée par une stabilisation ou une légère remontée. La situation est assez comparable au Cameroun, au Ghana, voire au Sénégal où la stagnation est momentanée.

Le troisième scénario consiste en une remontée de la mortalité des enfants après une période de baisse. Cette reprise de la mortalité peut annuler une partie des progrès enregistrés depuis la décennie 1970, comme en Côte d'Ivoire et, dans une moindre mesure, au Cameroun. Mais elle peut aussi ramener certains pays aux niveaux de mortalité dans l'enfance qu'ils avaient connus durant ces années 1970, voire même un peu en dessous, comme au Kenya (FIGURE 2) et au Zimbabwe. Pour ces deux pays, comme c'est généralement le cas pour ceux ayant connu une reprise de la mortalité des enfants, l'inflexion de la courbe de mortalité se situe au milieu des années 1980.

### Des évolutions locales paradoxales

Les niveaux de mortalité aux échelles nationales cachent souvent des distinctions paradoxales à une échelle plus fine. Des régions ont pu bénéficier de situations favorables ou défavorables en fonction de conditions socio-économiques et d'infrastructures particulières. Ceci montre l'extrême élasticité de l'intensité de la mortalité des enfants aux conditions locales.

#### *L'évolution sur le plateau de Dayes*

Sur le plateau de Dayes (Sud-Ouest Togo), la mortalité avant 5 ans est passée de 303 pour mille pour les générations 1930-1949 à 102 pour mille pour les générations 1970-1974 (TABLEAU 1). Ces niveaux sont à l'époque remarquables pour une région rurale d'Afrique de l'Ouest et proches de ceux rencontrés dans les cités de la côte atlantique (Abidjan, Accra, Dakar). Dès les années 1950, la mortalité des enfants était déjà relativement plus faible à Dayes que dans d'autres régions rurales d'Afrique de l'Ouest et la baisse y a été plus rapide que dans certaines populations rurales du Burkina Faso (Pilon, 1984).

À Dayes, le milieu physique et le climat, défavorables à l'installation endémique du paludisme, si présent en d'autres contrées africaines, sont des facteurs importants d'un niveau de mortalité moins élevé que dans d'autres régions. En outre, la mise en place d'une économie de plantation (café, cacao) a permis

**TABLEAU 1**

Évolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans ( ${}_5q_0$ ), en p. 1000, sur le plateau de Dayes (Togo) et dans la vallée d'Anougal (Maroc)

<b>Dayes</b>				
1930-1949	1950-1959	1960-1964	1965-1969	1970-1974
303	187	153	113	102
<b>Anougal</b>				
1938-1957	1958-1967	1968-1977	1978-1987	1988-1997
311	339	270	209	146

Source : Cherkaoui, 2002 ; Vimard, 1984.

une augmentation des revenus et la constitution d'une infrastructure très complète (routes goudronnées, écoles, dispensaires) qui a amélioré les conditions matérielles de vie des populations, et notamment le degré de scolarisation et le niveau de santé. À cet égard, la synergie des progrès dans la scolarisation et dans les soins aux mères et aux enfants et le changement du rôle social de l'enfant sont fondamentaux ici pour rendre compte de la diminution de la mortalité infantile. Cette évolution démontre que des moyens peuvent être réunis pour parvenir, dans un milieu rural africain, en un temps relativement court (30 ans, soit une génération) à une baisse très sensible de la mortalité dans l'enfance, dans un rapport de 3 à 1 (Vimard, 1984).

#### *L'évolution dans la vallée d'Anougal*

Dans la vallée d'Anougal, dans le Haut Atlas occidental à 80 kilomètres de Marrakech (Maroc), la mortalité des enfants avant 5 ans a connu une régression nette durant les trois dernières décennies. La mortalité a baissé de plus de moitié, passant de 339 décès pour mille naissances pour les enfants des générations 1958-1967 à 146 pour mille pour ceux des générations 1988-1997 (Tableau 1). Cependant, le niveau de la mortalité des enfants y est presque une fois et demie plus élevé que dans l'ensemble du milieu rural marocain.

Ceci s'explique par les conditions environnementales et socio-économiques défavorables affectant cette vallée. Celle-ci souffre d'une faible pluviométrie et l'agriculture, concentrée dans le lit de l'oued et sur les terrasses artificielles irriguées, est la source principale de maigres revenus; le commerce, le tourisme et l'artisanat y sont très peu développés. Les équipements modernes, collectifs et individuels, sont rares et le niveau d'instruction de la population extrêmement faible. À cet égard, la baisse rapide de la mortalité juvénile durant la période la plus récente, coïncidant avec l'instauration d'un dispensaire dans la vallée, montre le rôle prépondérant que peuvent avoir dans un tel contexte les structures sanitaires de soins primaires sur l'état de santé des populations (Cherkaoui, 2002).

## **Les déterminants de la baisse et son devenir**

### *Les facteurs de la baisse depuis les années 1950*

Les travaux théoriques les plus récents ont mis en évidence le caractère dynamique de l'articulation des principaux facteurs de baisse de la mortalité des enfants: hausse du revenu, progrès dans l'alimentation et l'instruction, développement de la santé publique, transfert des technologies sanitaires, urbanisation... En Afrique, tout particulièrement, l'accès des populations à des techniques médicales importées a fortement contribué à une première phase de baisse de la mortalité des enfants, à travers notamment les programmes de prévention et de traitement des maladies infectieuses (campagnes de vaccination, traitements à base de pénicilline et d'antibiotique). Il en est de même de l'amélioration des conditions matérielles de vie, notamment pour ce qui concerne l'alimentation et l'hygiène. Certaines populations, notamment urbaines et scolarisées, ont bénéficié plus que d'autres de la baisse de la mortalité des enfants en conjuguant de meilleures conditions de vie et un accès plus aisé, pour des raisons géographiques et culturelles, aux services de santé. À ce titre, l'éducation de la mère est souvent apparue comme un facteur important en favorisant des soins plus adaptés, mais aussi comme un déterminant d'une vie génésique plus favorable à la survie des enfants. De même, la participation des mères à l'activité salariée a pu accélérer la diminution de la mortalité des enfants, dans les pays d'Afrique du Nord notamment (Courbage, 1991). Globalement, l'amélioration du statut de la femme dans la famille et la société apparaît comme un facteur important de progrès en matière de santé des enfants.

### *La rupture de la fin des années 1980*

Pour beaucoup de pays africains, la fin des années 1980 marque une rupture dans la baisse tendancielle de la mortalité des enfants, avec une stabilisation de la mortalité à un niveau assez élevé ou même un fort renversement de tendance. Ces remontées de la mortalité des enfants, qui ne concerne pas l'Afrique du Nord, sont encore trop faiblement documentées même si on peut déjà en apprécier quelques facteurs. Au Zimbabwe, par exemple, cette remontée peut être associée à la dégradation des conditions économiques

et à l'épidémie de VIH/sida (Marindo et Hill, 1997). Les analyses mettent également en exergue le rôle primordial, à l'échelle nationale, de l'éducation des femmes et ceux, plus réduits, de la prévalence du VIH et de la dette extérieure sur le niveau de la mortalité des enfants, montrant ainsi que les situations fréquemment défavorables sur ces points dans les pays d'Afrique subsaharienne sont de nature à induire des retards ou des reculs en matière de survie des enfants (Mogford, 2004). La transition sanitaire, indéniable à l'échelle du continent africain, n'est donc pas exclusive d'inversion, plus ou moins prolongée, des progrès antérieurs de par l'impact du sida pédiatrique, de la stagnation socio-économique et de l'instabilité politique dans de nombreux pays.

#### *Quel avenir ?*

Les dernières prévisions des Nations unies prévoient que la surmortalité des enfants en Afrique subsaharienne devrait perdurer durant la période 2005-2010, avec un quotient supérieur à 150 pour mille alors qu'il serait de 82 pour mille en Asie centrale, 2<sup>e</sup> région la moins bien placée en la matière (United Nations, 2007). Cette situation qui affecte la santé des enfants n'est que le reflet d'une situation sanitaire plus générale. En effet, comme le relève l'OMS (2006), la région subsaharienne doit faire face à la crise de santé publique la plus dramatique de la planète, même s'il existe des solutions (traitement du paludisme par l'artémisinine et du sida par les antirétroviraux, vaccination contre la rougeole, etc.) qui donnent des résultats concluants dans le contexte africain et qui peuvent justifier notre espoir d'une amélioration à terme.

#### **BIBLIOGRAPHIE**

- CHERKAOUI, M. 2002. *Étude bio-démographique d'une population humaine du Haut-Atlas marocain (Vallée d'Anougal, cercle d'Amizmiz, Wilaya de Marrakech)*. Thèse d'État, Université Cadi Ayyad, 169 p.
- COURBAGE, Y. 1991. « Économie en récession, activité féminine en expansion et mortalité en diminution au Maroc », *Population*, 46, 5: 1277-1283.
- MARINDO, R., et K. HILL. 1997. *Trends and differentials in child mortality: Zimbabwe, 1970-1974*. Zimbabwe Further Analysis, DHS, Macro International Inc., Calverton, Maryland, USA, 16 p.
- MOGFORD, L. 2004. « Structural determinants of child mortality in sub-Saharan Africa: a cross national study of economic and social influences from 1970 to 1997 », *Social Biology*, 51, 3-4: 94-120.
- OMS (Organisation mondiale de la santé). 2006. *The health of the people: the African regional health report 2006*. Brazzaville, OMS, Regional Office for Africa, 204 p.
- PILON, M. 1984. « Niveaux et tendances de la mortalité dans l'enfance dans quelques régions rurales d'Afrique de l'Ouest (Kongoussi-Tikaré, Mariatang, Réo (Haute-Volta), Plateau de Dayes (Togo) (1950-1974) », *Cahiers ORSTOM, série Sciences Humaines*, 20, 2: 257-264.
- UNICEF (Fonds des Nations unies pour l'enfance). 2004. *La situation des enfants dans le monde 2005. L'enfance en péril*. New York, UNICEF, 152 p.
- UNITED NATIONS. 2007. *World Population Prospects. The 2006 Revision. Highlights*. New York, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 114 p.
- VIMARD, P. 1984. « Tendances et facteurs de la mortalité dans l'enfance sur le plateau de Dayes (sud-ouest Togo) 1930-1976 », *Cahiers ORSTOM, série Sciences Humaines*, 20, 2: 185-206.

Vimard Patrice, Cherkaoui M. (2009)

Histoires contrastées : l'évolution de la mortalité des enfants en Afrique (1950 à 2000)

In : Marcoux R. (dir.), Dion J. (dir.) Mémoires et démographie : regards croisés au Sud et au Nord

Laval : Presses Universitaires de Laval, 386-391. (Cahiers du CIEQ)

ISBN 978-2-7637-8993-4