

## LES TRANSITIONS DE MORTALITE DANS LE TIERS MONDE QUELQUES PROBLEMES ET ASPECTS EXPLICATIFS

Dominique TABUTIN  
U.C.L. - Louvain la Neuve

### INTRODUCTION

La mortalité connaît chez les démographes un regain d'intérêt certain depuis une dizaine d'années. Depuis longtemps elle est étudiée, mais essentiellement sous un angle descriptif (niveaux, tendances, différentiels), n'envisageant que le haut de l'iceberg (le risque de décéder). C'est très utile comme première étape, mais c'est insuffisant pour la compréhension et l'explication du problème. Les mécanismes conduisant de la santé à la maladie puis au décès éventuel sont complexes et font intervenir des variables de nature et de niveaux divers (1). Peut-être même l'approche explicative est-elle plus difficile en matière de mortalité que de fécondité.

Assez récemment, la démographie a considérablement élargi son approche de la mortalité en se tournant vers les autres disciplines concernées, en ouvrant sa perspective théorique (2), en développant une approche interdisciplinaire... Bref tout un mouvement s'affirme peu à peu : la mortalité n'est pas variable exogène au contexte social, la mortalité n'est pas le seul produit d'un environnement, ou encore son déclin n'est sans doute pas que le résultat d'une simple croissance économique, ou de simples interventions verticales en matière médicale... Comme l'écrivait Quesnel (1984), elle est "un processus social dont il convient de repérer les connexions avec le procès global de reproduction sociale", ou encore elle est le produit de rapports sociaux

---

(1) Pour quelques réflexions un peu plus approfondies, voir Masuy-Stroobant et Tabutin (1982)

(2) Par exemple, les cadres conceptuels, qui pour beaucoup concernent la mortalité des enfants, sont de plus en plus nombreux sur le marché ; entre autres Mosley-Chen (1984), Mosley (1985), Meegama (1980), Palloni (1983), Garenne-Vimard (1984)...

dans un environnement et un système de production et de consommation donné. Vision évidemment beaucoup plus large du problème, et qui le place d'emblée dans sa vraie dimension.

Après la présentation de quelques relations en 1982 entre la mortalité (dans le Tiers monde) et certaines macro-variables, nous ferons un bref historique des transitions de mortalité et nous en dégagerons quelques différences essentielles avec l'expérience occidentale. Seront ensuite développés quelques points qui nous semblent importants pour la compréhension des problèmes actuels : le rôle de la pauvreté et de la nutrition, les relations entre malnutrition, infections et mortalité, l'énormité croissante des inégalités sociales et en définitive les diverses dimensions du phénomène santé.

### UN POINT DE DEPART : QUELQUES RELATIONS STATISTIQUES EN 1982

Notre objectif est simplement de voir comment aujourd'hui varie dans les pays en développement l'espérance de vie selon quelques macro-variables socio-économiques. Ce sera une sorte de toile de fond. Nous avons au total retenu 8 indicateurs (3) : le produit national brut par habitant et la consommation d'énergie par habitant pour le niveau économique du pays, le nombre d'habitants par médecin et la proportion des dépenses de l'administration en santé, habitat et aide sociale pour la politique de santé, l'apport journalier de calories par habitant pour le niveau théorique nutritionnel de la population, le taux d'alphabétisation des adultes pour la politique sociale et enfin l'indice synthétique de fécondité et le taux de mortalité infantile comme variables démographiques. Précisons que nous ne ferons pas

---

(3) La source de ces données est la série des rapports sur le Développement dans le monde de la Banque Mondiale (années 1981 à 1984). Voir ces rapports pour toutes explications précises et techniques sur ces indicateurs, dont nous ne discuterons ici ni la qualité, ni la pertinence.

une analyse statistique de ces relations (corrélations linéaires, régressions multiples, collinéarité entre variables...), ce qui en soi constituerait un autre travail (4). S'agissant par ailleurs de séries synchroniques (divers pays à un moment donné) et non de séries diachroniques (séries temporelles sur un même pays), nous n'en tirerons guère de relations de cause à effet. Cela dit, examinons rapidement cette toile de fond pour 1982 qui porte sur plus d'une soixantaine de pays d'Amérique Latine, d'Afrique et d'Asie (pays de plus d'un million d'habitants).

Un statisticien trouverait de toute évidence une certaine corrélation entre le PNB/habitant et l'espérance de vie (figure 1) (5). Mais la croissance économique définie en termes de produit national n'est pas une condition nécessaire à une forte espérance de vie : la Chine et Sri Lanka ont des PNB quasiment comparables à ceux de la plupart des pays africains, mais des espérances de vie de près de 70 ans. Un pays riche comme l'Algérie (près de 2500 dollars/habitant) n'a que dans les 57 ans d'espérance de vie, comme le Kenya avec 390 dollars ou l'Egypte avec moins de 700 dollars. Parmi les pays considérés, le Vénézuéla, de loin le plus riche, a quasiment la même espérance de vie que la Chine ou la Corée du Sud. Confirmation donc, s'il en était besoin, qu'en 1982 le progrès économique n'est pas une condition nécessaire au progrès social.

Les relations entre l'espérance de vie et la consommation d'énergie par habitant (figure 2) (6), parfois considérée comme un meilleur indicateur de croissance économique,

---

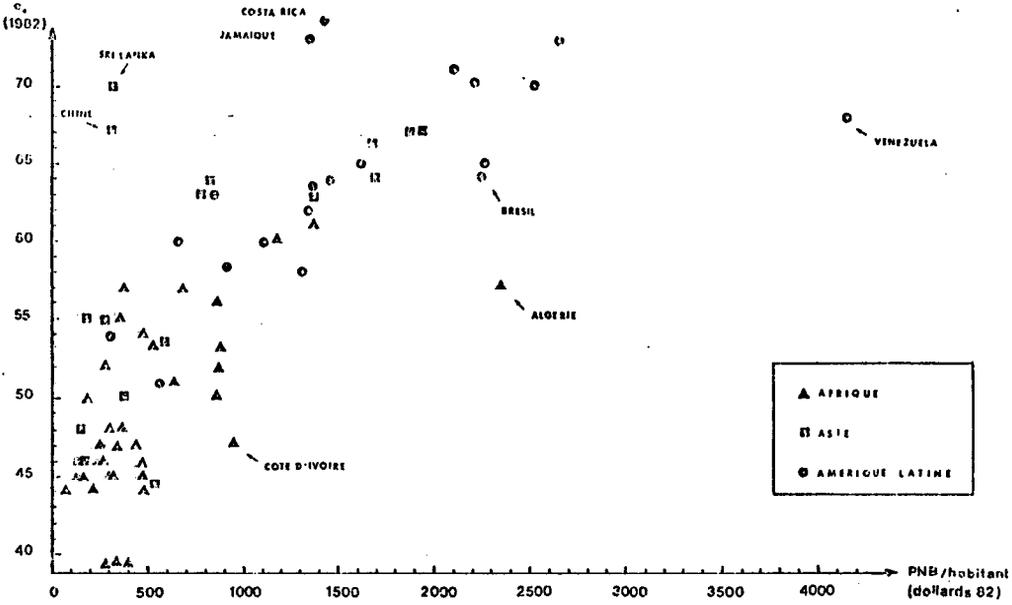
(4) En revanche, pour une analyse de ce genre extrêmement fouillée des relations entre la mortalité des enfants et les indicateurs de développement dans une perspective mondiale, voir Loriaux (1980)

(5) Entre la mortalité infantile de 1978 et cet indicateur, M. Loriaux (1980) dégagait une corrélation de - 0,86 après un ajustement exponentiel (transformation semi-logarithmique sur le taux de mortalité infantile).

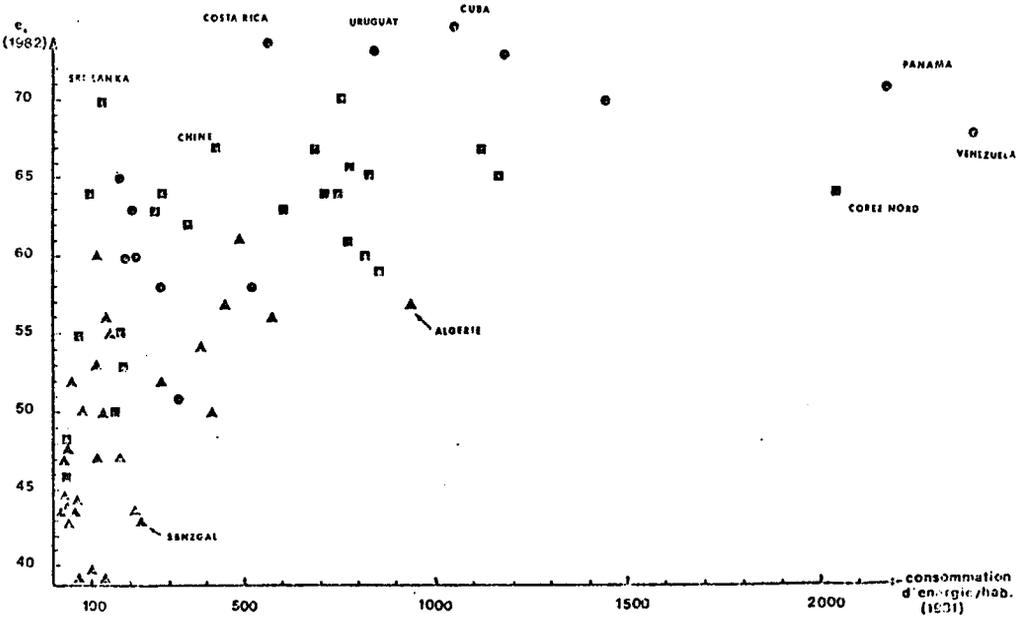
(6) Mesurée en milliers de barils d'équivalent pétrole.

# RELATIONS ENTRE L'ESPERANCE DE VIE ET QUELQUES MACRO VARIABLES DANS LE TIERS MONDE VERS 1982

1\_ PRODUIT NATIONAL BRUT PAR HABITANT



2\_ CONSOMMATION D'ENERGIE PAR HABITANT



semblent encore moins évidentes. Pour les faibles consommations d'énergie, on a toute une gamme d'espérance de vie, de 40 ans (Guinée) à 70 ans (Sri Lanka). Pour les consommations moyennes, cela va de 57 ans (Algérie) à 73 ans (Uruguay).

En revanche, tous les pays avec une vie moyenne assez élevée (au delà de 64 ans) ont une forte densité de médecins au niveau national (moins de 2500 habitants par médecin), à l'exception néanmoins de Sri Lanka (plus de 7000 habitants) et de la Malaisie (près de 8000 habitants). Mais au fur et à mesure que l'on descend dans les espérances de vie, les situations varient de plus en plus entre 54 et 57 ans de vie moyenne, cela va de 970 habitants par médecin (Egypte) à près de 10 000 (Libéria). A un niveau encore plus bas, toutes les situations sont présentes : le Pakistan qui a énormément de médecins a presque la même espérance de vie que le Rwanda. Bref, comme on s'en doutait, forte densité de médecins à un niveau national n'égale pas nécessairement forte espérance de vie (Figure 3).

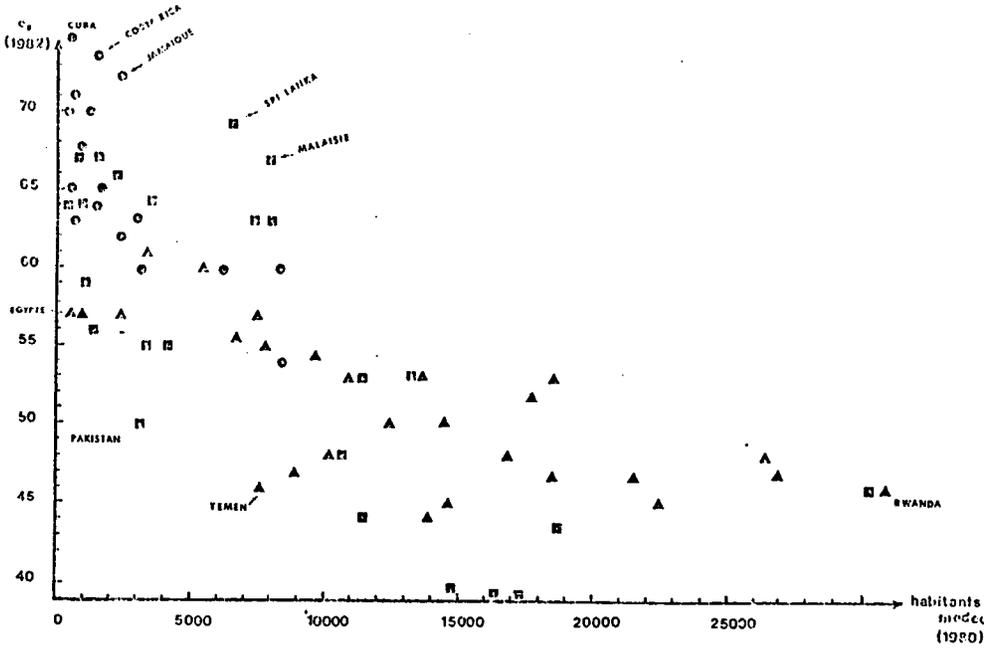
Quant à la proportion des dépenses administratives centrales consacrées à la santé, à l'habitat et à l'aide sociale (figure 4), on a aussi une grande hétérogénéité, mais cet indicateur doit être considéré avec grande circonspection, puisqu'il ne concerne que les dépenses de l'administration centrale, excluant donc tout ce qui est régional ou local, dont le rôle est parfois important, et qu'en plus il n'englobe pas les dépenses du secteur privé.

Avec l'apport journalier de calories par habitant (figure 5), c'est un large nuage de points que l'on obtient. Cet indicateur mesure par habitant l'équivalent calories des denrées alimentaires disponibles dans un pays (7), autrement dit la ration calorique théoriquement disponible pour chacun. Toutes les situations se présentent : à de faibles rations caloriques (autour de 2000 par jour), on a des vies

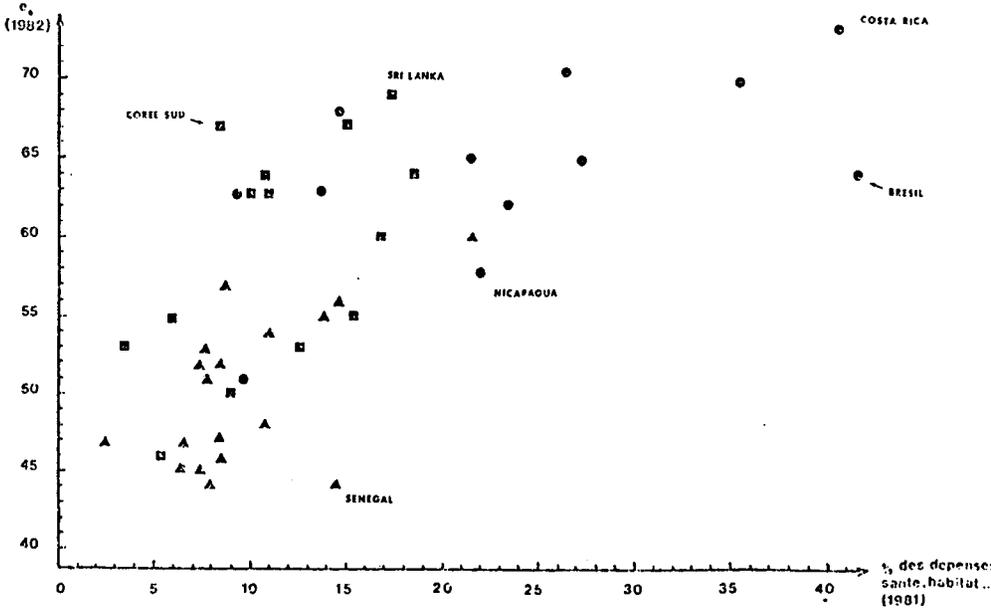
---

(7) Ce qui inclut la production intérieure, les importations diminuées des exportations et les variations de stocks.

3. NOMBRE D'HABITANTS PAR MEDECIN



4. PROPORTION DES DEPENSES TOTALES DE L'ADMINISTRATION EN SANTE, HABITAT, SERVICES COLLECTIFS ET AIDE SOCIALE



moyennes qui vont de 40 ans (Guinée) à 64 ans (Vietnam) ; à des rations convenables (dans les 3000 par jour), cela va de 57 ans (Egypte) à 74 ans (Cuba). Signalons Sri Lanka et Panama qui avec des rations moyennes d'à peine 2300 calories par habitant s'assurent néanmoins des espérances de vie de l'ordre de 70 ans.

En revanche, on a une belle corrélation entre l'espérance de vie et le degré d'alphabétisation des adultes. Tous les pays à faible mortalité (vie moyenne de plus de 65 ans) ont plus de 70 % de leur population alphabétisée. Cuba, Costa Rica, Trinité et Tobago, Panama, le groupe qui se détache, ont tous plus de 85 % de population lettrée. Mais la variabilité grandit à l'autre extrême : le Rwanda, avec un taux pourtant de 50 %, a quasiment la même espérance de vie que le Burkina Faso qui n'a que 6 % d'alphabétisation adulte.

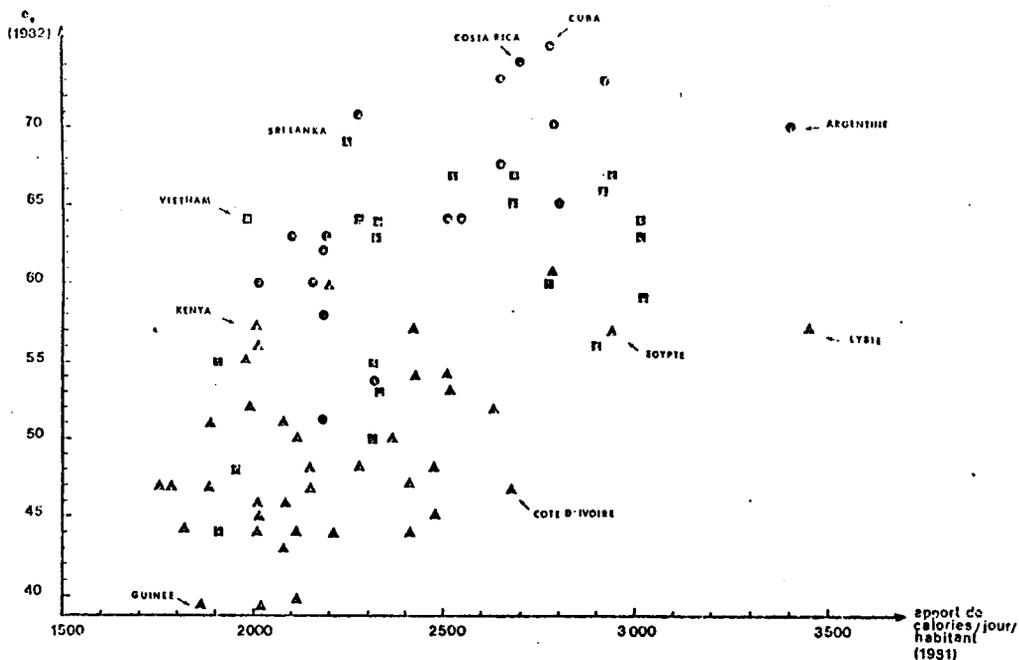
Quant aux relations entre espérance de vie et fécondité (figure 7), on a une grande variabilité des vies moyennes quand la fécondité est de 6 à 8 enfants par femme, donc n'a pas connu de transition, mais aucun pays ne dépasse 65 ans de vie moyenne avec une fécondité supérieure à 3,5 enfants par femme (sauf peut-être la Syrie). Enfin, résultat tout à fait attendu, on a une très forte relation linéaire entre l'espérance de vie et la mortalité infantile (figure 8).

Que peut-on en définitive conclure de ce bref tableau, aussi imparfait soit-il (8) ? Quelques banalités sans doute. Tout d'abord, il semble clair que l'économique seul,

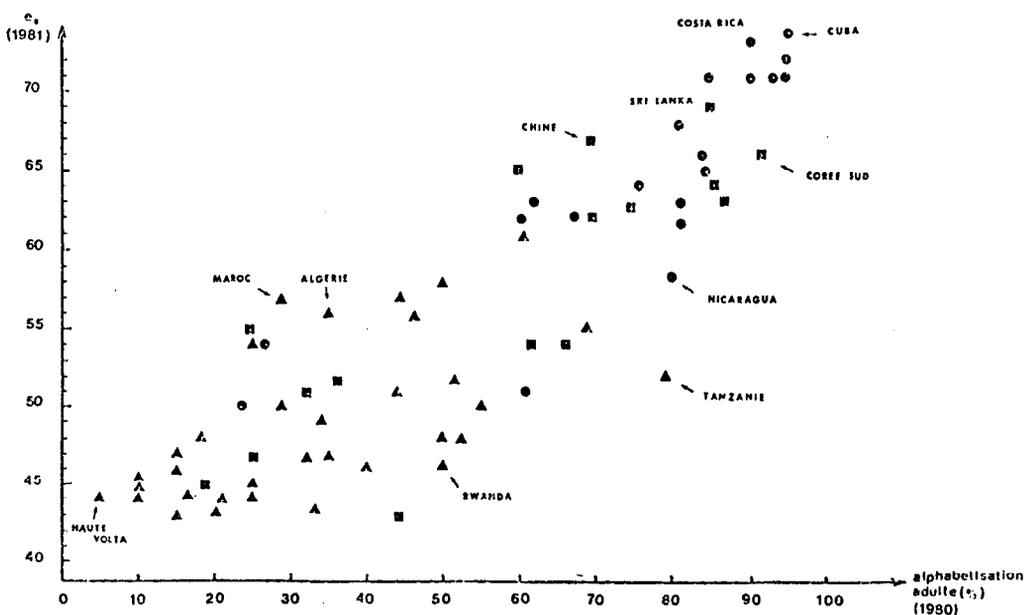
---

(8) Il faudrait bien évidemment dans une analyse sérieuse inclure beaucoup d'autres variables, introduire des décalages de temps entre variables dépendantes et indépendantes, travailler non pas seulement en niveaux absolus à un moment donné (vision statique) mais aussi en variations relatives : étude par exemple de l'accroissement de l'espérance de vie sur une période en fonction des variations des variables explicatives sur la même période ou une période précédente (vision plus dynamique des choses).

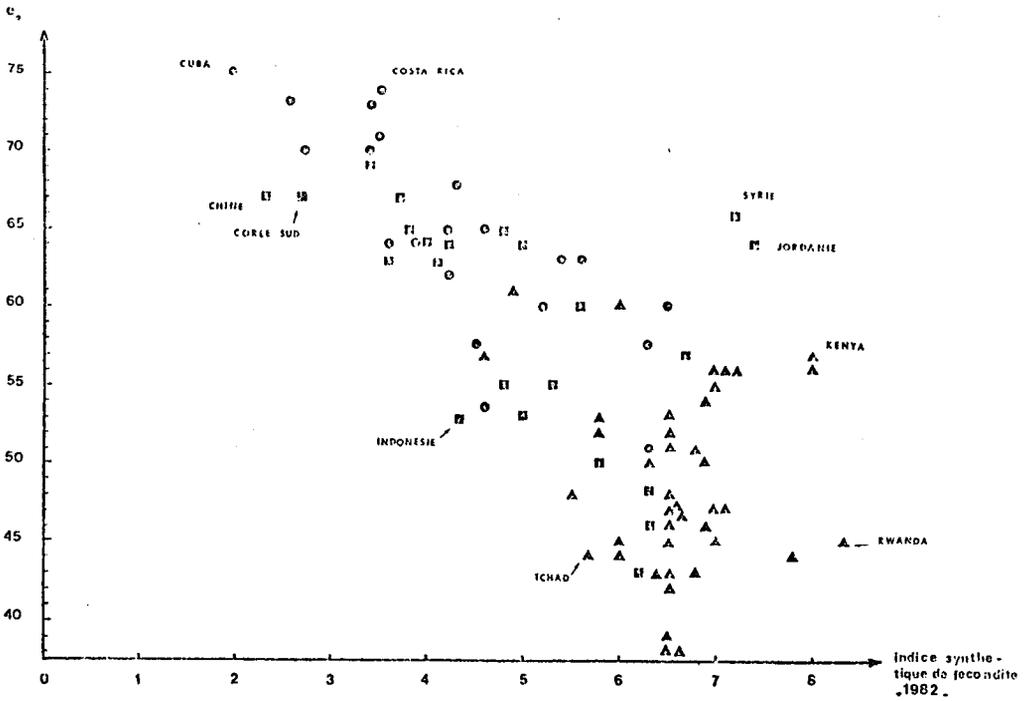
5\_ APPOINT JOURNALIER DE CALORIES PAR HABITANT



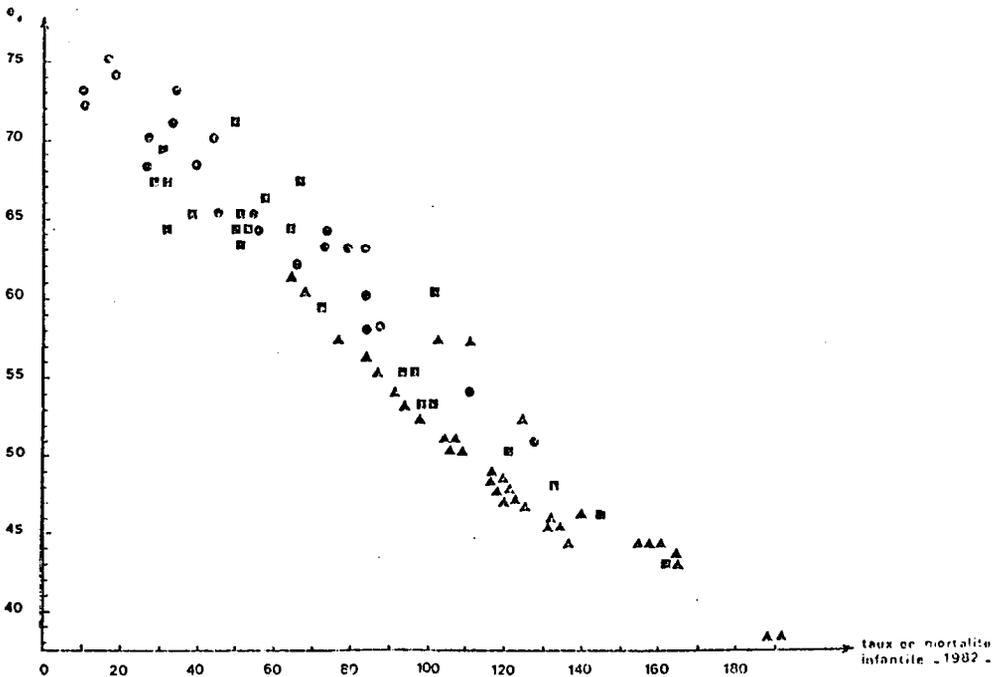
6\_ TAUX D'ALPHABETISATION DES ADULTES



7 - FECONDITE



8 - MORTALITE INFANTILE



défini classiquement, ne règle pas tous les problèmes. On a aujourd'hui suffisamment de contre-exemples. Un grand nombre de médecins par habitant ne semble pas non plus une condition suffisante, tout au moins au départ. Par contre, le progrès social, dont l'alphabétisation n'est bien sûr qu'une composante, semble plus convaincant, notamment après un certain seuil. Enfin aucun pays du Tiers monde n'a atteint une bonne espérance de vie sans déclin plus ou moins parallèle, important et parfois rapide de sa fécondité. Chutes de fécondité et de mortalité sont à notre avis deux éléments complémentaires et non indépendants d'une transformation ou d'une révolution sociale beaucoup plus large.

### UN PEU D'HISTOIRE

Si le Tiers monde est aujourd'hui hétérogène, c'est bien entendu le résultat d'histoires sociales et économiques différentes entre régions ou entre pays dans une région. En matière de transition de mortalité, on peut distinguer trois grandes périodes (9) :

- la période 1910-1940 (la période des premiers pas)

Les premiers déclinés de mortalité datent de l'entre-deux-guerres, et ils concerneront essentiellement certains pays d'Amérique latine (Argentine, Chili, Costa Rica, Panama, Uruguay, Cuba), Sri Lanka et peut-être même l'Inde (10). Les progrès sur cette période ont été réels, mais néanmoins modestes (dans les 0,2 ou 0,3 année d'augmentation annuelle de l'espérance de vie), et ils sont survenus en quasi-absence de technologies médicales préventives et de

---

(9) Pour d'autres approches du genre (périodes ou étapes), voir par exemple Gwatkin (1980) et Palloni (1985)

(10) Il est à signaler que la plupart de ces pays à transition précoce se retrouvent actuellement dans le peloton de tête des espérances de vie en 1982.

chimiothérapies. A l'exception de certaines campagnes d'éradication de la malaria (à Costa Rica et à Cuba), on les attribue en général à une amélioration des conditions moyennes de vie (communications, hygiène, eau potable et niveaux de vie). En examinant le cas des pays d'Amérique latine à transition précoce, Palloni (1983) leur trouve trois caractéristiques communes : 1) une économie bien intégrée au système économique international, autrement dit capitaliste, par la production et l'exportation de produits agricoles notamment, 2) un gouvernement central bien établi qui, à des degrés certes divers, peut lancer et protéger certaines structures économiques nationales, et enfin 3) une forte composante européenne (tout au moins pour certains d'entre eux).

- La période 1945-1965 (la période de la généralisation et de l'optimisme)

Fait bien connu, c'est des années 1945-50 que date le début du déclin pour la plupart des pays du Tiers monde. C'est aussi pour le groupe précédent à déclin précoce une période d'accélération de la baisse de la mortalité. Les progrès sont rapides, même s'ils sont variables d'une région à une autre, et on trouve au niveau régional des gains annuels d'espérance de vie de 0,4 à 0,8 année entre 1950 et 1965 (tableau 1) ; il n'est pas rare au niveau national de trouver des gains annuels de près d'une année (Sri Lanka, Malaisie, Taïwan, Mexique, Maurice,...), du jamais vu dans l'histoire. Ces progrès, donc dans l'ensemble importants et assez généralisés, sont cette fois-ci surtout dus aux programmes médicaux d'interventions et de contrôle de maladies (grandes campagnes par exemple de vaccinations contre la tuberculose, la variole, la diphtérie,...), à l'importation des médicaments et des antibiotiques et aux campagnes d'éradication de certaines maladies (comme le paludisme à Sri Lanka ou à Maurice) (11). C'est alors un peu l'optimisme

---

(11) Pour Sri Lanka, voir entre autres Meegama (1967) et Gray (1974). Pour Maurice, voir N'Cho et Tabutin (1985).

Tableau 1 : Variations moyennes annuelles de l'espérance de vie à la naissance de 1950 à 1980.

REGION	VARIATION ANNUELLE PAR PERIODE				ESPERANCE DE VIE:	
	1950-55/	1960-65/	1965-70/	1970-75/	1950-55:	1975-80:
	1960-65:	1965-70:	1970-75:	1975-80:		
Monde	0,51	0,40	0,34	0,34	47,0	57,5
Pays développés	0,46	0,14	0,16	0,12	65,2	71,9
Pays en développement	0,60	0,54	0,42	0,40	42,4	55,1
Afrique total	0,47	0,46	0,42	0,44	37,3	48,6
de l'est	0,45	0,50	0,40	0,42	35,7	46,8
centrale	0,33	0,38	0,36	0,46	35,3	44,6
du nord	0,50	0,52	0,46	0,46	41,5	53,7
de l'ouest	0,50	0,46	0,44	0,46	34,5	46,3
Amérique latine:						
total	0,54	0,42	0,40	0,36	51,2	62,5
Caraïbes	0,67	0,42	0,30	0,14	51,8	62,8
centrale	0,70	0,40	0,42	0,38	50,2	63,2
tempérée	0,30	0,40	0,38	0,18	60,3	68,1
tropicale	0,51	0,44	0,42	0,40	49,9	61,3
Asie de l'est	0,84	0,78	0,80	0,76	47,5	67,6
Asie du sud	0,50	0,46	0,30	0,40	39,4	50,6
Source : United Nations , <u>Demographic indicators of countries</u> , ST/ESA/SER.A/82, New York, 1982						

général. Aussi bien les Nations-Unies (12) que des auteurs comme Arriga (1970) ou Stolnitz (1974) accordaient encore il n'y a pas si longtemps une grande confiance en ces programmes verticaux de santé publique ; peu importait en quelque sorte la croissance économique ou les niveaux de vie. C'est vrai que dans l'ensemble (si l'on écarte peut-être certaines régions d'Afrique) les progrès ont été importants. Néanmoins, dans des recherches plus récentes, le rôle de la technologie médicale dans les augmentations d'espérance de

(12) Dans un rapport de 1962 sur la mortalité, les Nations Unies prévoient que "dans une décennie ou deux, la vaste majorité des peuples du monde auront une espérance de vie de 65 ans ou plus" !

vie des pays en développement semble moins important : on l'estime à environ 50% (Preston, 1980, pour le Tiers monde entre 1940 et 1970 ; Palloni, 1981, pour l'Amérique latine de 1950 à 1970).

- La période 1970-1985 (la période du scepticisme)

C'est en effet à une forte décélération du déclin de mortalité que l'on va assister à partir grosso-modo de 1965 (13). Le mouvement incontestablement se ralentit, ou même pire on parle de stagnation dans certaines régions d'Afrique ou d'Asie. En définitive, seuls deux pays en 1970 (Cuba et Costa Rica) auront atteint des espérances de vie comparables à celles du monde occidental, et la disparité entre pays ou entre régions, au lieu de s'atténuer se sera au contraire accrue. Bref, le mouvement quasi-automatique et irréversible d'une mortalité élevée à une mortalité faible est en quelque sorte rompu. D'ailleurs en 1974, l'O.M.S. présente à la Conférence Mondiale de la population de Bucarest un document critique sur la question : on a simplifié les problèmes en pensant que des programmes de santé pouvaient à eux seuls avoir un impact important sur toute une population en l'absence de progrès dans les niveaux de vie ; et l'idée de seuil (14) ou de "take-off" apparaît ou réapparaît : il faut un minimum d'organisation administrative, d'éducation, de communications... pour que des mesures de santé publiques soient pertinentes. Bref, on a peu à peu une remise en cause de la politique suivie et cela se terminera par la conférence d'Alma-Ata de 1978 sur les soins de santé primaires ; la santé et la mortalité ne sont plus simple affaire médicale,

---

(13) Décélération dont on prendra vraiment conscience qu'une dizaine d'année plus tard (le décalage entre le fait et la statistique). D'ailleurs la littérature consacrée à ce sujet est somme toute assez récente : Gwatkin (1980), Palloni (1981, 1983), Ruzicka et Hansluwska (1982) par exemple. Toute une session du Congrès de Manille (1981) a même été consacrée au sujet.

(14) Un peu comme pour la fécondité dix années plus tôt (Nations Unies, 1963). Voir aussi pour la mortalité, Hansluwska (1975).

mais aussi sociale et économique. Nous reviendrons bien sûr sur ce problème.

En définitive, l'histoire de la mortalité des pays en développement est assez différente de celle de l'Occident.

### QUELQUES DIFFERENCES ESSENTIELLES AVEC L'EXPERIENCE OCCIDENTALE

Comment très -trop- rapidement peut-on caractériser l'expérience récente du Tiers monde en matière de mortalité par rapport à l'expérience occidentale ?

- Les progrès sont, mais surtout ont été beaucoup plus rapides : c'est bien connu ; partant d'une même espérance de vie (prenons 40-45 ans), les gains annuels n'ont jamais dépassé pour l'Europe de l'ouest (fin du XIXe siècle) 0,35 année, pour l'Europe de l'est et du sud (à partir de 1910) 0,4 à 0,5 année, contre, nous l'avons déjà signalé, des 0,8 à 1 année pour le Tiers monde (15).

- beaucoup plus rapides au début, ces rythmes de déclin se sont en revanche beaucoup plus vite ralentis, nous l'avons aussi déjà signalé ; en d'autres termes, la croissance de l'espérance de vie s'amortit beaucoup plus rapidement que dans l'expérience occidentale (à partir de 52-53 ans pour l'ensemble de l'Amérique latine contre 62-63 ans pour l'Europe occidentale) (16).

- on a une surmortalité des enfants par rapport au schéma occidental : dans l'expérience européenne, la mortalité des enfants de 1 à 10 ans baissa très rapidement et la mortalité

-----  
(15) Pour plus de détails, voir Gwatkin (1980).

(16) Pour une comparaison détaillée Amérique latine-Europe, voir Palloni (1981).

infantile suivit, avec un décalage de 20 à 30 ans ; ce fut un mouvement alors continu et irréversible (Poulain-Tabutin, 1980). Dans le monde actuel, il y a eu des progrès, certes variables, en matière de mortalité infanto-juvénile, mais pas aussi rapides que ceux que l'on pouvait prévoir ; à même espérance de vie, de nombreux pays ont une mortalité de leurs enfants nettement plus importante que dans le passé européen.

- cette "surmortalité des enfants" est due au poids toujours très important des maladies infectieuses et parasitaires (fréquemment de 60 à 80 % de la mortalité des enfants). Et on retrouve ici le problème-clé de la malnutrition, et du cycle infernal malnutrition-infection-mortalité, problème aujourd'hui d'une autre ampleur que par le passé. Il est bien évident que ce ne sont pas de simples interventions médicales, verticales ou isolées, qui résoudront le problème. Nous reviendrons sur ce point, car de ce problème dépend en grande partie l'évolution de la mortalité du Tiers monde.

- à quelques exceptions près, les déclinés de mortalité dans le Tiers monde sont survenus avant des progrès économiques réels et des augmentations sensibles des niveaux de vie (au sens large) des populations. C'est en quelque sorte une inversion avec le schéma occidental. Les travaux de Mckeown (1962, 1976) ont, me semble-t-il, clairement montré comment en Angleterre, mais on peut étendre cela au reste de l'Europe, le déclin de la mortalité a été avant tout dû à l'amélioration de la nutrition et aux progrès en matière d'environnement et d'hygiène individuelle et publique (approvisionnement en eau, goûts...).

Si l'on excepte la variole, le rôle de la médecine (immunisation et thérapies) n'a eu quelque impact important qu'après la première, et surtout la seconde guerre mondiale, à une époque donc où le processus de disparition des grandes maladies était déjà fort avancé. Dans le Tiers monde des années 50, ce sont au contraire ces techniques dans le cadre

de larges programmes d'interventions qui ont enclenché le processus, mais dans un tout autre contexte, de stagnation économique et sociale, sauf pour une minorité de pays ou pour une minorité de privilégiés à l'intérieur des pays.

- ces déclin de mortalité ne signifient pas nécessairement progrès en matière de santé, et c'est un point qui nous semble important dans les débats actuels et que l'on a parfois tendance à oublier. On peut en effet très bien, et c'est ici ou là ce qui se passe, diminuer la létalité de certaines maladies, sans toucher à son incidence. Couper une diarrhée par des antibiotiques ou une technique de réhydratation permet temporairement d'éviter un décès par diarrhée, mais ne touche pas à la fréquence des maladies diarrhéiques. On peut, comme au Chili, continuer à faire baisser la mortalité infantile par des programmes de distributions alimentaires, sans pour cela régler les problèmes de base (malnutrition et pauvreté).

- les inégalités se creusent entre régions et entre classes sociales. De profondes inégalités existaient dans l'Europe du XIXe siècle et elles subsistent encore (17), mais elles étaient à notre avis beaucoup moins importantes qu'elle ne le sont actuellement (18). Elles étaient même inversées : pratiquement partout, le monde rural d'aujourd'hui a une forte surmortalité par rapport au monde urbain, ce qui est tout à fait l'inverse par rapport au XIXe, en Europe comme au U.S.A.. Mais quoi de surprenant à cela ? Ce sont les campagnes du Tiers monde qui souffrent de la faim, de la malnutrition (19), qui, sauf exceptions, sont les laissés

---

(17) Pour une bonne étude du problème, voir Surault (1979). Le problème de savoir si en Occident elles étaient auparavant plus grandes qu'aujourd'hui semble toujours ouvert.

(18) Pour une étude comparative entre les U.S.A. de 1900 et les pays en développement actuels, voir Preston (1985).

(19) Encore que ce phénomène s'étende actuellement rapidement dans certaines grandes villes.

pour compte des "politiques de développement" économique ou sanitaire, encore que les inégalités soient également très fortes entre classes sociales urbaines. Nous reviendrons aussi sur ce problème important.

## DEUX VARIABLES CLES : LA PAUVRETE ET LA NUTRITION

"Rares sont les efforts réels pour cartographier la sous-alimentation et définir le profil socio-économique de ses victimes en vue de trouver des remèdes allant au-delà des simples palliatifs". Tel est le bilan sévère d'un expert de la FAO (Perissé, 1982). Autrement dit, on connaît mal à quelque niveau que ce soit l'ampleur exacte du phénomène. On sait qu'il est important, qu'il s'aggrave et que souvent il est sous-estimé (Beghin et Vanderveken, 1985). C'est vrai qu'il n'est pas simple de le circonscrire car la malnutrition présente bien des formes et degrés de gravité, la forme la plus courante étant la malnutrition protéino-calorique (20). Elle frappe essentiellement les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes, avec les graves conséquences que cela peut avoir sur les enfants à naître (poids, développement mental,...), mais on la trouve aussi de plus en plus parmi les populations adolescentes ou adultes, indice que les choses ne s'arrangent pas.

A l'optimisme des années 1960, a succédé un pessimisme ou scepticisme assez généralisé. La croissance économique rapide qu'ont connu certains pays d'Amérique latine par exemple, n'ont pas du tout réglé ou diminué le problème, c'est le moins qu'on puisse dire. De plus, la récession est là, et elle frappe bien davantage les pays en développement que l'Occident, bien davantage les classes sociales déjà défavorisées que les classes plus privilégiées. Quant les Nations Unies dans leur Etude sur l'Economie Mondiale (1983) écrivent que "toute reprise est aléatoire" et que "l'avenir

---

(20) Pour des détails sur ces points, voir par exemple Solimano-Vine (1980) ou Beghin-Vanderveken (1985).

s'annonce très morose pour la plupart des pays en développement", c'est que le problème doit être sérieux et l'avenir bouché (21). Nous n'insisterons pas sur cette détérioration générale (à quelques pays asiatiques près) de la situation, qui vient même de s'accroître en 1982-83. En voici simplement quelques conséquences : diminution fréquente des revenus réels des ménages (de 30 à 40 % par exemple au Costa Rica et en Zambie ces dernières années), une détérioration de la répartition des revenus (Brésil par exemple), pourtant déjà fort inégale, une diminution des dépenses sociales (Chili, Brésil..., ou même en Tanzanie), des inégalités croissantes entre milieux urbain et rural, une diminution même parfois du volume absolu des services offerts (écoles, dispensaires...) (22).

Comment dans un tel contexte général s'étonner que, sans même parler des famines et disettes, la malnutrition demeure ou même se développe ? à tel point que des gouvernements n'hésitent plus à la reconnaître comme une priorité, au même titre que certaines maladies (Ruzicka, 1983) (23).

Que la pauvreté (24) soit la cause première de la malnutrition est une observation sans doute triviale (25). Elle est avant tout le résultat d'une insuffisance de ressources financières, dans un environnement de plus parfois défavorable et dans un contexte fréquent en zone rurale de destructuration des productions vivrières et des petites

---

(21) Pour une synthèse des causes et impact de la récession sur notamment les enfants, voir UNICEF (1984).

(22) UNICEF (1984).

(23) Pour une analyse politique et économique de ces problèmes d'alimentation et de faim, voir entre de nombreux autres travaux George (1978), Tricontinental (1982) et Feder (1981)

(24) Nous ne discuterons pas ici des définitions, des seuils ou des indicateurs de la pauvreté. Voir par exemple Chossudovsky (1983).

(25) Ce qui ne signifie pas que les problèmes de malnutrition ne puissent être aggravés par certains éléments culturels.

exploitations (26). C'est un phénomène qui a eu tendance à augmenter : par exemple dans tous les pays d'Amérique centrale, sauf le Costa Rica (tableau 2), non seulement le nombre d'enfants malnutris augmente considérablement de 1966 à 1975, mais la prévalence même du phénomène (forme moyenne et grave) s'accroît sensiblement : en 1975 étaient touchés près de 40 % des enfants de moins de 5 ans au Guatemala, à El Salvador et en Honduras, plus de 20 % au Nicaragua et à Panama.

Tableau 2 : Prévalence de la malnutrition (moyenne et grave) chez les enfants de moins de 5 ans en Amérique centrale.

PAYS	Prévalence (%)	
	1965-67	1974-76
Guatemala	32,4	38,1
El Salvador	26,0	38,0
Honduras	29,5	38,0
Nicaragua	15,0	22,6
Costa Rica	13,7	12,3
Panama	11,9	21,5

Source : données tirées d'un travail de l'INCAP et citées par Escudero (1980).

C'est aussi un phénomène qui le plus souvent touche davantage les zones rurales que les zones urbaines. Dans le Nicaragua rural des années 1975, seul le tiers environ des enfants avait un statut nutritionnel normal ; au Chili, l'insuffisance pondérale des jeunes garçons est 3 à 4 fois plus fréquente en milieu rural que dans les grandes villes

(26) Pour un cadre conceptuel en matière de malnutrition, voir Solimano-Vine (1980).

(Solimano-Vine, 1980) ; de même au Salvador en 1975-77 (Trowbridge-Stetler, 1982) ou encore en Egypte en 1978 (Brink et autres, 1983), mais le phénomène semble désormais s'étendre de plus en plus aux grandes villes.

Pratiquement partout en tous cas, on trouve une relation positive entre statut nutritionnel et statut socio-économique, classe sociale ou revenu. La situation dans deux grandes villes du Vénézuéla de la fin des années 1960 est éloquente (tableau 3).

Tableau 3 : Déficit (-) ou surplus (+) en consommation de calories et protéines selon le revenu dans deux villes du Vénézuéla.

	CARACAS, 1966		MACARAIBO, 1968	
REVENU MENSUEL (en bolivars)	CALORIES	PROTEINES	CALORIES	PROTEINES
0-500	- 28,5	- 41,5	- 22,9	- 23,1
501-1000	- 16,5	+ 1,5	- 14,5	- 4,6
1001-1500	- 10,5	+ 7,7	- 2,6	+ 49,2
1501-2000	- 2,8	+ 24,6	+ 7,1	+ 27,7
2001-3000	+ 20,9	+ 55,4	+ 24,1	+ 80,0
3001-4000	+ 30,6	+ 63,8	+ 2,8	+ 44,6
4001-5000	+ 44,4	+ 83,1	+ 13,6	+ 36,9
5001 et +	+ 60,4	+107,7	+ 26,5	+ 70,8

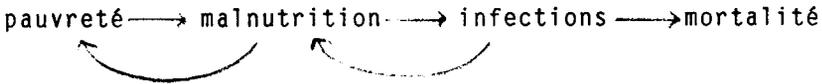
Source : Chossudovsky (1983)

On a bien, dans les années 1950, 1960 et même encore récemment mis en place des programmes spécifiques de nutrition ou de gros programmes de supplémentation alimentaire (pour les enfants et les femmes enceintes notamment), mais les résultats en ont été assez maigres dans de nombreux cas

(Beghin-Vanderveken, 1985). On ne peut guérir un mal sans s'attaquer à sa racine véritable (27).

### LE CYCLE INFERNAL

Les relations, importantes pour l'avenir, entre pauvreté, malnutrition, infections et mortalité peuvent classiquement se schématiser ainsi :



Ces relations sont bien connues dans leur mécanisme causal. Très schématiquement (28), la malnutrition diminue les mécanismes de défense de l'organisme et dès lors favorise une plus grande fréquence et gravité des maladies infectieuses, lesquelles par leur succession conduisent d'une malnutrition légère à une malnutrition moyenne ou même sévère. La malnutrition est une cause d'infection comme l'infection est une des causes de la malnutrition (effets synergiques). Quant à la mortalité, le haut de l'iceberg, elle est très élevée dans le cas de malnutrition extrême (le kwashiorkor ou le marasme), mais elle l'est également dans le cas de malnutrition moyenne. Par des interventions nutritionnelles, on peut améliorer un état nutritionnel (pas trop) déficient, rétablir des mécanismes de défense contre l'infection et donc éviter les formes sévères de malnutrition qui conduisent directement à la mort. En d'autres termes, la létalité peut baisser, sans que l'incidence des maladies ne bouge guère.

---

(27) Pour une étude approfondie du problème dans le cas chilien, voir Hakim et Solimano (1978) et pour une critique de cet ouvrage, voir Makhoul et Baker (1981).

(28) Pour une synthèse approfondie récente des relations entre nutrition, morbidité et mortalité, voir Martorell et Ho (1984).

Nous sommes au coeur du problème, car dans les pays en développement et notamment dans les classes sociales pauvres (la grande majorité des populations), une forte proportion des décès sont des décès d'enfants de moins de 5 ans dont une importante partie est due à quelques problèmes en interaction : 1) la fréquence en elle-même des maladies infectieuses et respiratoires, 2) les faibles poids à la naissance, dus souvent au mauvais état de santé et de nutrition des mères et à leur forte fécondité (29), et 3) cette synergie implacable entre maladies diarrhéiques, infection et malnutrition.

Faut-il rappeler quelques chiffres ? Dans la célèbre enquête interaméricaine des années 1968-72 (Puffer et Serrano, 1973), 57 % des décès de moins de 5 ans (sur l'ensemble des 15 projets) avaient comme cause associée, et non pas immédiate, la malnutrition ou le faible poids à la naissance ; près de 60 % des décès étaient dus à une maladie infectieuse et 61 % de ces enfants décédés par maladie infectieuse avaient une malnutrition modérée ou sévère. A Récife (Brésil), les décès par diarrhée et rougeole représentaient à eux seuls 60 % des décès à moins de 5 ans et plus de 70 % étaient survenus avec malnutrition. Les chiffres étaient encore plus élevés pour la Colombie. Plus récemment, des études au Pakistan, au Népal et en Indonésie rapportent des proportions de 80 à 94 % des décès de moins de 5 ans à attribuer aux effets combinés infections-malnutrition (Ruzicka et Hansluwska, 1982).

Les maladies diarrhéiques aiguës (gastro-entérites) et la rougeole sont parmi les grands fléaux du Tiers monde par leur fréquence et leur puissance meurtrière (30). Ce

---

(29) L'intervalle avec la naissance précédente est une variable démographique très discriminante dans les analyses statistiques de la mortalité des enfants.

(30) Pour deux bonnes synthèses sur les maladies diarrhéiques, Snyder et Merson (1982) et notamment Black (1984). On a estimé pour 1980 à près de 5 millions le nombre de décès dans le monde par maladies diarrhéiques parmi les enfants de moins de 5 ans.

sont aussi d'excellents exemples des interrelations entre nutrition et infections. Conséquence sans doute, ce sont les mieux documentées dans la littérature. Prenons rapidement le cas des maladies diarrhéiques. Leur incidence est souvent élevée, notamment parmi les enfants de moins de 2 ans et à la période de transition entre alimentation au sein et alimentation solide. Mais ces incidences varient fort selon le milieu social, en raison de différences dans les soins donnés aux enfants (préparation des aliments, disponibilité d'eau potable ou d'égoûts, hygiène personnelle...), liées en grande partie au statut socio-économique et à l'éducation des parents, mais aussi en raison de fortes différences dans l'état nutritionnel des mères et des enfants. Les enfants mal nourris ont toujours des épisodes de maladies plus fréquents, plus sévères et plus prolongés, et comme pour la rougeole et ses complications ils ont un taux de mortalité nettement plus élevé.

On a souvent discuté du rôle de l'instruction de la mère, ou plus rarement de celle du père, comme variable essentielle dans les mortalités différentielles des enfants. C'est vrai que pratiquement partout (au niveau macro ou micro) la mortalité baisse avec l'augmentation de l'instruction, ce que l'on impute à un meilleur comportement (au sens large) des mères instruites vis-à-vis de leurs enfants ou à un effet de statut socio-économique (la pauvreté diminue généralement avec l'augmentation de l'instruction). Dans une étude récente sur le Bangladesh rural des années 1978-1980 (Chowdhury, 1984), on trouve bien une mortalité plus forte pour les enfants de mères illettrées, ou encore une mortalité 3 fois plus élevée pour les enfants très malnutris, mais parmi le groupe des enfants atteints de malnutrition, aucune différence de mortalité n'apparaît selon le niveau d'instruction des mères. Autrement dit, dans ce contexte, la variable-clé n'est pas tant l'instruction en elle-même que la malnutrition, qui elle varie beaucoup selon l'instruction. Et l'auteur de conclure que "l'état nutritionnel des enfants est le mécanisme au Bangladesh par lequel des

différences de mortalité entre classes surviennent". Il reste à vérifier cette hypothèse dans d'autres contextes ruraux, mais là en tous cas on retrouve bien la nutrition comme variable-clé en matière de mortalité juvénile.

### DES INEGALITES SOCIALES ENORMES ET CROISSANTES

Un des objectifs prioritaires de toute politique économique et sociale d'une nation devrait être non seulement d'améliorer la santé générale de sa population et de faire baisser la mortalité, mais aussi de diminuer les inégalités entre classes sociales (31).

Que les inégalités existent n'est évidemment pas pour étonner ; toute société, dans une structure de production et de consommation donnée, est composée de diverses classes, dont le pouvoir, l'accès aux ressources existantes, les possibilités financières et les aspirations sont souvent très différentes. La santé, la morbidité et la mortalité d'un groupe social dépendent de son environnement géographique (climat, sol...), de son confort d'habitat (eau potable, égoûts, densité...), de ses pratiques d'hygiène et d'alimentation, de son éducation, de son pouvoir d'achat, de ses possibilités d'accès à des centres de santé préventifs ou curatifs... toutes grandes variables plus ou moins en interrelation, et dont il est souvent bien difficile de faire la part des choses.

Mais qu'elles soient de l'ampleur fréquemment observée montre la faillite de nombreuses politiques jusqu'alors

---

(31) Ce problème des inégalités entre groupes sociaux n'est pas nouveau, mais est toujours aussi difficile à aborder par manque de données, notamment dans le Tiers monde. On se replie souvent sur la seule mortalité des enfants ou pour définir la classe sociale sur des variables insuffisantes en la matière comme l'instruction ou l'activité socio-économique. Voir par exemple Behm et Vallin (1980) pour une vision générale, Behm (1980) pour une synthèse sur l'Amérique latine.

suivies. Juste quelques chiffres en termes d'espérances de vie (32).

Dans le Brésil de 1970 (tableau 4), plus de 12 années d'espérance de vie séparent le groupe à bas revenu du groupe à haut revenu, et ces écarts varient selon la région et le milieu d'habitat : de près de 11 dans le nord-est à 7 ans dans le sud. Ils sont aussi beaucoup plus importants en zones urbaines qu'en zone rurales (16 ans en ville contre un peu plus de 8 en rural). En définitive, certains groupes sociaux vivent au Brésil avec une mortalité de niveau africain, d'autres avec une mortalité quasi-européenne.

Tableau 4 : espérances de vie dans quelques régions du Brésil (1970) selon le groupe de revenu du ménage (par ordre croissant) et selon le milieu d'habitat.

REGION	GRUPE DE REVENU	RURAL	URBAIN	TOTAL
Nordeste	1	44,3	40,0	43,8
	2	46,6	45,9	46,1
	3	48,2	50,8	50,3
	4	53,4	54,4	54,4
Rio	1	56,8	51,2	54,1
	2	55,9	54,6	54,8
	3	56,9	57,6	57,6
	4	61,1	62,1	62,1
Sud	1	62,0	54,6	60,5
	2	63,4	59,3	61,2
	3	65,2	62,6	63,4
	4	66,2	67,1	66,9
Brésil	1	51,4	46,0	49,9
	2	55,9	53,7	54,5
	3	57,6	57,6	57,6
	4	60,0	62,2	62,0
Source : de Carvalho et Wood (1978)				

(32) De nombreuses données différentielles existent en matière de mortalité des enfants, montrant des écarts allant en général de 1 à 3 ou 4 à l'intérieur des pays. Voir par exemple les travaux récents issus des enquêtes mondiales de fécondité, Nations unies (1982) ou Guzman (1984) pour l'Amérique latine.

A l'intérieur même de la zone du grand Sao Paulo, qui a connu la croissance économique la plus rapide du Brésil, les inégalités sont tout aussi importantes, et elles semblent même s'être accentuées depuis 1970 (tableau 5) : plus de 16 ans d'espérance de vie séparent la population sans instruction de la population très instruite.

Tableau 5 : Espérances de vie dans la région du grand Sao-Paulo (Brésil) selon le niveau d'instruction.

:-----:			
: INSTRUCTION	: 1970	: 1977	:
:-----:			
: Moins d'une année	: 49,8	: 51,6	:
: 1 à 3 années	: 56,8	: 62,0	:
: 4 à 7 années	: 63,9	: 67,4	:
:	:	:	:
: Total	: 58,3	: 63,3	:
:-----:			
: Source : SEADE (1983)			:
:-----:			

Dans un tout autre type de pays, l'Algérie de 1970, et à espérance de vie pourtant beaucoup plus basse (53,5 ans en moyenne), on avait aussi de fortes inégalités (Tabutin, 1976) : 11 ans d'écart entre les ruraux et les habitants des 3 grandes villes, 10 ans entre les illettrés et les autres, 13 ans même entre les "sans profession" et les employés, cadres ou commerçants.

Mais ces inégalités, incontestablement énormes à un moment donné, s'accroissent-elles ou pas avec le déclin général de la mortalité ? En d'autres termes, passe-t-on peu à peu à un schéma un peu plus égalitaire ? (33) Question à

-----  
 (33) Je ne discuterai point ici des problèmes méthodologiques de mesure des inégalités qui selon moi méritent quelque réflexion ; par exemple, doit-on réfléchir en croissance absolue ou relative des indices ? Si oui, ou si non, peut-on le faire quels que soient les niveaux et structures de mortalité que l'on compare ?

notre avis importante, mais aussi difficile car on manque d'éléments chiffrés pour y répondre de façon certaine, notamment pour le Tiers monde. Une réponse plus ou moins intuitive, mais peut être pas universelle, serait plutôt négative. Dans le cas de Sao Paulo de 1970 à 1977, période de crise il est vrai, on a une croissance des inégalités entre classes extrêmes. En examinant à un moment donné (1970) les variations régionales des espérances de vie au Brésil, Carvalho et Wood (1978) en arrivaient à formuler l'hypothèse que dans un premier stade les différences entre classes sociales pourraient diminuer quand on passe d'une mortalité très élevée à une mortalité moyenne, mais qu'ensuite elles pourraient de nouveau s'élargir avec la marche vers une faible mortalité. Hypothèse qui nous semble effectivement intéressante (34). En matière de mortalité infantile en Amérique latine (Guzman, 1984), les écarts semblent bien diminuer, mais les classes privilégiées en sont déjà à d'assez bas niveaux (dans les 30 % souvent).

Ce qui est possible, encore est-ce une hypothèse, c'est qu'on puisse avoir diminution des inégalités en matière de mortalité, mais que l'on ait stagnation ou même croissance des inégalités en matière de morbidité, de prévalence des maladies, bref en matière de santé.

En tous cas, ce qui est à craindre, c'est que dans des situations socio-économiques qui se détériorent, un peu partout actuellement, ces inégalités, parfois diminuées, ne reprennent. Cela a été clairement montré au Bangladesh (projet Matlab en zone rurale sur 233 villages) (35) : en période normale, les différences de mortalité sont déjà très importantes entre travailleurs agricoles, petits propriétaires - travailleurs agricoles et propriétaires (qui vivent de

---

(34) Ce ne serait peut-être pas d'ailleurs ce qu'a connu l'Occident. Selon Antonovsky (1967), les pauvres ont toujours une mortalité plus forte, mais les inégalités diminuent avec le déclin de mortalité. Est-ce un débat définitivement tranché ? Voir encore en la matière Antonovsky (1980)

(35) D'Souza et Bhuiya (1982)

leur seule exploitation), mais elles s'accroissent considérablement en période de crise (la famine de 1974) et en 1975, la mortalité dans les familles sans terre était trois fois plus forte que chez celles qui avaient 3 acres ou plus. Il y a vulnérabilité certaine des groupes déjà très défavorisés. On passe très vite de la pauvreté à la misère absolue (36).

### MORBIDITE ET MORTALITE : LES DIVERSES DIMENSIONS DU PROBLEME

Tant nos connaissances scientifiques que technologiques ont remarquablement progressé depuis une trentaine d'années, mais on en est encore à rechercher des cadres analytiques ou conceptuels adéquats en matière de morbidité-mortalité, comme une grande partie du Tiers monde n'a guère reçu, ou si peu, de retombées des progrès accomplis (37). Il ne s'agit évidemment pas de nier tout progrès en matière de santé et de mortalité depuis 1950 ; ils ont été réels bien que très diversifiés, mais il n'en demeure pas moins cette phase de ralentissement général, ces inégalités entre régions ou entre classes sociales dans les pays qui, au lieu de diminuer, ne font souvent qu'augmenter, ce scandale en définitive qui fait qu'en 1985 une partie de ce monde vit plus mal qu'au début de ce siècle... Vaste question du pourquoi, du comment que nous n'aborderons que très et trop rapidement sous l'angle de la santé et de la mortalité.

Il y a certainement une dimension économique au problème. Certes dans les années 1950, une partie des progrès

---

(36) Faute de temps, nous n'avons pas abordé ici le problème important des fluctuations saisonnières de la mortalité ou de la malnutrition, liées notamment aux périodes de soudure entre récoltes. Les groupes déjà les plus touchés en période normale connaissent alors une surmortalité sensible. Voir par exemple pour le Bangladesh Chowdhury et autres (1981) et Becker et Sardar (1981).

(37) Nous ne développerons pas les aspects quantitatifs du problème (entre 700 et 900 millions de pauvres absolus en l'an 2000 selon la Banque Mondiale...).

accomplis l'ont été dans certaines régions en l'absence de croissance économique soutenue, sous l'impact plutôt de programmes verticaux de santé (vaccinations, éradication de certaines maladies...). On ne peut cependant nier qu'en Amérique latine notamment (Behm, 1980) "le développement du système capitaliste est en relation avec le déclin de mortalité..., développement beaucoup plus avancé dans le secteur urbain,... avec des politiques salariales et sociales qui ont produit une amélioration relative des conditions de vie des travailleurs", mais comme l'auteur le souligne bien, il a en même temps créé une prolétarianisation progressive, notamment des paysans (concentration des terres...) et des inégalités croissantes en urbain comme en rural. Dans ce continent, il est relativement clair que les premiers progrès enregistrés en matière de mortalité sont surtout dus à la croissance économique et à ses retombées, mais après la seconde guerre il devient beaucoup plus délicat, un peu partout, de décomposer le rôle exact des politiques sanitaire, sociale et économique (38). Ce qui semble en tous cas certain, c'est que la récession quasi générale des années 1970 et du début des années 1980 peut avoir de graves conséquences en la matière, au niveau national (restriction de budgets, politiques d'austérité, inflation, endettement...) comme au niveau individuel (baisse du pouvoir d'achat, chômage...). Même dans les pays en avance (Sri Lanka et Costa Rica par exemple), on craint une stagnation de la mortalité et même la résurgence du cycle malnutrition - infection - mortalité ; en Asie par exemple, la malaria revient un peu partout (Sri Lanka, Inde, Bangladesh, Indonésie...), même dans les régions considérées il y a 15 ans comme quasiment éradiquées. Son incidence augmente considérablement, même si sa létalité reste faible pour le moment (39).

-----  
(38) Voir les divers travaux de Preston en la matière.

(39) Résultat d'après l'O.M.S. dû à la réduction des actions anti-malaria (coût croissant des insecticides et des médicaments) et à la résistance croissante des vecteurs aux insecticides (problème technique).

Mais, comme l'ont déjà signalé maints auteurs, ce n'est peut-être pas tant l'ampleur de la croissance économique (en termes de produit ou revenu national ; voir graphique 1) que le type de croissance qui est important ; certains pays sont beaucoup plus dépendants que d'autres des marchés commerciaux et financiers internationaux, donc plus sensibles aux crises internationales ; certains surtout ont une politique de redistribution de revenu beaucoup plus égalitariste que d'autres... et comme Palloni (1985) le suggère, trois sous-dimensions économiques sont dès lors à retenir : la croissance, la dépendance et les inégalités. Ce qui semble en tous cas guère contestable, c'est que plus le développement socio-économique est bas, plus l'implantation et l'efficacité de politiques et de services de santé est difficile et plus les résultats risquent d'être minces (idée du seuil).

Mais il y a aussi une dimension médicale, ou plutôt de politique sanitaire générale. Depuis 1950, une grande majorité des pays du Tiers monde a développé, plus ou moins volontairement, des structures de santé à l'image occidentale, reposant sur un système hospitalier essentiellement curatif, coûteux, centralisé et surtout urbain avec parallèlement quelques programmes de santé verticaux et isolés. On l'a souvent dénoncé comme une des causes des faibles progrès et des grandes inégalités. Comment pourrait-on en effet résoudre les véritables problèmes (malnutrition, manque d'éducation sanitaire et d'hygiène, pratiques de nutrition,...) des groupes défavorisés (ruraux ou citadins) en consacrant une grande partie des budgets (souvent faibles) aux villes ou même à la capitale (40), en s'appuyant sur une médecine

---

(40) Co-existent même parfois deux systèmes de santé, l'un avec de faibles ressources pour les pauvres (centres de santé des milieux ruraux ou des quartiers périphériques), l'autre pour les privilégiés (hôpital universitaire, médecine privée). Au Sénégal par exemple "une part importante des investissements est absorbée par quelques opérations coûteuses, en particulier les hôpitaux" (Garenne et autres, 1985) : les seuls hôpitaux ont en 1977-81 absorbé plus de 54 % des investissements. Il y a pire ; au Kenya (Mosley, 1983), les deux tiers du budget de la santé vont aux hôpitaux, tandis qu'un dixième seulement est consacré aux services ruraux de santé.

technologique et chère (pour l'état et les individus), en formant un corps médical et paramédical quasiment à des problèmes de santé occidentale... Sans doute est-ce une étape envisageable, mais quand au moins on contrôle une très grande partie de la morbidité et mortalité infectieuse et parasitaire, contre lesquelles les technologies occidentales n'ont qu'un assez faible impact.

Face à l'échec fréquent de ce système et au "succès" par contre d'autres approches (chinoise par exemple), il s'est développé, depuis une dizaine d'années, une nouvelle stratégie, les soins de santé primaires, ou les soins de santé intégrés, stratégie souvent moins coûteuse, et a priori plus efficace tant par ses objectifs que par la couverture de la population ; elle repose sur une participation des communautés locales et sur du personnel para-médical, elle intègre des actions d'éducation, d'hygiène et de développement agricole, elle utilise des technologies préventives et curatives simples et efficaces (41)... C'est un processus de décentralisation et de prise en charge par les intéressés de leurs problèmes. C'est reconnaître que la santé ne relève pas du seul secteur médical. C'est un grand pas en avant, car c'est une toute autre vision de la santé, de la médecine, du rôle des communautés et des individus. Mais c'est aussi une remise en question du système médical existant, de ses priorités et de son pouvoir. Smith (1982), un spécialiste en la matière, n'est jusqu'à présent guère optimiste : trop d'actions en matière de soins de santé primaires sont des projets locaux et isolés, sans coordination au niveau national, à durée limitée, avec une faible participation politique... Ce n'est pas le plus souvent une stratégie nationale, intégrée à une politique sociale plus générale.

Il y a aussi une dimension sociale, ou de politique sociale bien évidente, entendons par là une politique qui se donne comme une de ses priorités l'amélioration du bien-être

---

(41) Pour beaucoup plus de détails, voir Mosley (1983), ou Smith (1982).

de tous les individus, autrement dit une réduction des inégalités. Un système de santé ne fonctionne pas en circuit fermé ou en vase clos ; il est au contraire intimement relié au système social tout entier (Antonovsky, 1980), et il ne peut être décisif ou efficace sans une transformation des conditions économiques et sociales des classes défavorisées, sans une amélioration de l'environnement physique et social, sans une couverture très importante de la population par les services de santé et d'éducation.

Pratiquement tous les pays connus pour leur réussite (42), encore guère nombreux (Cuba, Chine, Costa-Rica, Sri Lanka, Vietnam, état de Kérala en Inde, plus quelques autres petits pays) ont, dans des contextes économiques et politiques assez différents, donné une priorité, et parfois depuis longtemps (43), à l'éducation de base, à l'hygiène, à la santé et à la nutrition (un minimum vital pour tous), à l'élévation du niveau de vie (au sens large du terme), plutôt qu'à une croissance rapide de leur P.N.B.. Aucun n'est un pays riche au sens de la Banque Mondiale, mais tous, avec des systèmes politiques et des moyens d'actions différents (44), se sont donnés une sorte de priorité dans leurs programmes publics, dans leurs organisations administratives, dans leurs actions : celle de pourvoir au maximum aux besoins essentiels du plus grand nombre et non de pourvoir intégralement aux besoins d'un petit nombre.

Nous n'en oublierons pas pour autant quelques pays asiatiques, comme Taïwan et la Corée du sud, qui, dans une toute autre stratégie de développement (croissance macro-économique, industrialisation, commerce international...)

---

(42) Cela ne signifie pas, loin de là, qu'il n'y a plus de problème dans ces pays dont les cas sont évidemment souvent présentés dans la littérature.

(43) Les déclinés de mortalité et les progrès de l'éducation à Cuba, Sri Lanka et Costa-Rica par exemple s'inscrivent dans une tendance qui date d'une soixantaine d'années.

(44) Qu'il serait intéressant mais beaucoup trop long de développer ici (régimes politiques, organisations administratives, actions...).

ont connu de fortes croissances des niveaux de vie et d'importants déclinés de mortalité et de fécondité.

Ces trois dimensions, économique, médicale et sociale sont bien entendu en interrelation et définissent la stratégie de développement retenu.

### EN GUISE DE CONCLUSION

Il n'y a pas, me semble-t-il, un remède universel à proposer ou un modèle à suivre. Comme en matière de fécondité (Tabutin, 1985), je ne crois pas que par exemple l'expérience occidentale soit d'un apport fondamental pour comprendre et agir aujourd'hui, ou encore que l'expérience latino-américaine, elle-même diversifiée, puisse éclairer sur ce qui pourrait se passer en Afrique. Tout cela, sans rejeter tout intérêt aux approches comparatives dans le temps ou dans l'espace (45).

La morbidité et la mortalité sont en effet des phénomènes sociaux qui dès lors s'inscrivent dans l'histoire économique et sociale, passée et récente, de chaque pays, dans une dynamique du développement, avec ses rapports entre classes sociales, avec ses conflits et paradoxes, avec son degré de dépendance vis-à-vis de l'Occident. Ce sont des phénomènes complexes où le social, l'économique, le médical et l'écologique entrent en jeu. Ce sont des phénomènes qui, dans leur causalité, relèvent de la société, mais aussi des communautés et des individus.

Ces transitions de mortalité dans le Tiers monde sont très diversifiées, tant dans leurs aspects descriptifs que dans leurs aspects explicatifs. Aura-t-on un jour une théorie de la mortalité, ce que d'aucuns réclament ? Comme

-----  
(45) D'ailleurs qu'ai-je essayé de faire d'autre ici ?

pour la fécondité, j'en doute quelque peu. En tous cas, il me semble temps, sur le plan théorique, de remettre ensemble la fécondité et la mortalité en tant que composantes intégrées d'un processus beaucoup plus global de changement social.

**Remerciements** - Ils vont à Mohamed Salhi et à Guillaume Wunsch pour leurs lectures et commentaires de ce document.

### REFERENCES

- ANTONOVSKY A. - "Social class, life expectancy and overall mortality", Milbank Memorial Fund Quarterly, 1967, Vol. 45, pp. 31-73
- ANTONOVSKY A. - "Implications of socio-economic differentials in mortality for the health system", Population Bulletin of the United Nations, 1980, n<sup>o</sup> 13, pp. 42-52
- ARRIAGA E.E. - Mortality decline and its demographic effects in Latin America, Population Monograph Series, University of California, Berkeley, 1970, n<sup>o</sup> 6.
- BECKER S. & SARDAR M.A. - "Seasonal pattern of vital events in Matlab Thana, Bangladesh" in Seasonal dimensions of rural poverty, ed. by R. Chambers, R. Longhurst and A. Pacey, Allanheld osmun Publishers, 1981, pp. 149-154.
- BEGHIN Y. & VANDERVEKEN M. - "Les programmes nutritionnels", in La lutte contre la mort, ed. par J. Vallin et A. Lopez, INED-PUF, Travaux et Documents, cahier n<sup>o</sup> 108, 1985, pp. 77-97.
- BEHM H. - "Socio-economic determinants of mortality in Latin America", Population Bulletin of the United Nations, 1980, n<sup>o</sup> 13, pp. 1-15.
- BEHM H. & VALLIN J. - "Mortality differentials among human groups", in Biological and social aspects of mortality and the length of life, ed. by S. Preston, Ordina Editions - UIESP, 1980, pp. 11-38.
- BLACK R.E. - "Diarrheal diseases and child morbidity and mortality", in Child survival, strategies for research, ed. by Mosley H. & Chen L.C., Population and Development Review, 1984, pp. 141-161.

- BRINK E.W. & al - "The egyptian national nutrition survey, 1978", Bulletin of the World Health Organization, 1983, 61(5), pp. 853-860.
- CARVALHO J.A. & WOOD C. - "Mortality, income distribution and rural-urban residence in Brazil", Population and Development Review, 1978, vol. 4, n<sup>o</sup> 3, pp. 405-420.
- CHOSSUDOVSKY M. - "Underdevelopment and the political economy of malnutrition and ill health", International Journal of the Health Services, 1983, vol. 13, n<sup>o</sup> 1, pp. 69-83.
- CHOWDHURY A., HUFFMAN S. & CHEN L. - "Agriculture and nutrition in Matlab, Thana, Bangladesh" - in Seasonal dimensions of rural poverty, op. cit., pp. 52-61, 1981.
- CHOWDHURY A. - Differentials of child mortality in Bangladesh : food versus health care, U.I.E.S.P., Seminar on social and biological correlates of mortality, Tokyo, 1984, 26 p.
- D'SOUZA S. & BHUIYA A. - "Socio-economic mortality differentials in a rural area of Bangladesh", Population and Development Review, 1982, vol. 8, n<sup>o</sup> 4, pp. 753-769.
- ESCUDERO J.C. - "Starting from year one : the politics of health in Nicaragua", International Journal of Health Services, 1980, vol. 10, n<sup>o</sup> 4, pp. 647-655.
- FEDER E. - "The deterioration of the food situation in the third world and the capitalist system", International Journal of Health Services, 1981, vol. 11, n<sup>o</sup> 2, pp. 247-262.
- GARENNE M., CANTRELLE P. & DIOP I. - "Le Senegal", in La lutte contre la mort, op. cit., pp. 307-330.

- GARENNE M. & VIMARD P. - "Un cadre pour l'analyse des facteurs de la mortalité des enfants", Cahiers ORSTOM, Série Sciences Humaines, 1984, vol. XX, n<sup>o</sup> 2, pp. 305-310.
- GEORGE S. - Comment meurt l'autre moitié du monde, R. Laffont, 1978.
- GRAY R.H. - "The decline of mortality in Ceylon and the demographic effects of malaria control", Population Studies, 1974, vol. 28, pp. 205-229.
- GWATKIN D.R. - "Indications of change in developing countries, mortality trends : the end of an era", Population and Development Review, 1980, vol. 6, pp. 615-644.
- GUZMAN J.M. - Trends in socio-economic differentials in infant mortality in selected latin american countries, U.I.E.S.P., Seminar on social and biological correlates of mortality, Tokyo, 1984, 30 p.
- HAKIM P. & SOLIMANO G. - Development reform and malnutrition in Chile, Massachussets Institute of Technology Press, 1978.
- HANSLUWKA H. - "Health, population and socio-economic development", in Population growth and economic development in the third World, ed. by L. Tabah, U.I.E.S.P., Ordina Editions, 1975, vol. 1, pp. 191-249.
- LORIAUX M. - "La mortalité des enfants et les indicateurs socio-économiques de développement : une vision mondiale", in La mortalité des enfants dans le monde et dans l'histoire, ed. par P.M. Boulanger et D. Tabutin, Département de Démographie de Louvain, Ordina Editions, 1980, pp. 287-386.

- MAKHOUL N. & BAKER S. - "State intervention in public nutrition and the class struggle", International Journal of Health Services, 1981, vol. 11, n<sup>o</sup> 3, pp. 463-469.
- MARTORELL R. & HO T.J. - "Malnutrition, morbidity and mortality", in Child survival, strategies for research, op. cit., pp. 49-68.
- MASUY-STROOBANT G. & TABUTIN D. - "L'approche explicative en matière des enfants. Réflexions et perspectives", Genus, 1982, vol. 38, n<sup>o</sup> 3-4, pp. 19-37.
- McKEOWN T. & RECORD R. - "Reasons for the decline of mortality in England and Wales during the XIXth century", Population Studies, 1962, vol. 16, pp. 94-122.
- McKEOWN T. - The modern rise of population, Arnold, 1976.
- MEEGAMA S.A. - "Malaria eradication and its effects on mortality levels", Population Studies, 1967, vol. 21, n<sup>o</sup> 3.
- MEEGAMA S.A. - "Socio-economic determinants of infant and child mortality in Sri Lanka : an analysis of post-war experience", Scientific Report, W.F.S., 1980, n<sup>o</sup> 8.
- MEEGAMA S.A. - "The decline in mortality in Sri Lanka in historical perspective", in Actes du Congrès International de la population, Manille, 1981, Ordina Editions, U.I.E.S.P., vol. 2, pp. 143-164.
- MOSLEY H. & CHEN L.C. - "An analytical framework for the study of child survival in developing countries", in Child survival, strategies for research, op. cit., pp. 25-45.

- MOSLEY H. - "Les soins de santé primaires peuvent-ils réduire la mortalité infantile ? Bilan critique de quelques programmes africains et asiatiques", in La lutte contre la mort, op. cit., pp. 105-135.
- MOSLEY H. - "Biological and socio-economic determinants of child survival. A proximate determinants framework integrating fertility and mortality variables", in Actes du Congrès International de la Population, Florence, 1985, Ordina Editions, U.I.E.S.P., vol. 2, pp. 189-208.
- NATIONS-UNIES - Levels and trends of mortality since 1950, New-York, 1982, ST/ESA/SER.A/74.
- N'CHO SOMBO & TABUTIN D. - "Tendances et causes de la mortalité à Maurice depuis 1940", Population, 1985, n<sup>o</sup> 3, pp. 435-454.
- PALLONI A. - Health conditions in Latin America and policies for mortality change, Population Association of America, april 1983, 53 p. + annexes.
- PALLONI A. - "Mortality in Latin America : emerging patterns" Population and Development Review, 1981, n<sup>o</sup> 4, pp. 623-649.
- PALLONI A. - "An epidemio-demographic analysis of factors in the mortality decline of slow-decline developing countries", in Actes du Congrès International de la Population, Florence, 1985, Ordina Editions, U.I.E.S.P., vol. 2, pp. 329-351.
- PERISSE J. - "Les dimensions de la sous-alimentation : aspects méthodologiques", Tricontinental, n<sup>o</sup> spécial : famines et pénuries, 1982, pp. 77-94.

- SMITH R.A. - "Les soins de santé primaires, des théories ou des faits", O.M.S., Forum Mondial de la Santé, 1982, 3(1), pp. 34-42.
- SNYDER J. & MERSON M. - "The magnitude of the global problem of acute diarrhoeal disease : a review of active surveillance data", Bulletin of the World Health Organisation, 1982, 60(4), pp. 605-613.
- STOLNITZ G. & MERSON M. - "International mortality trends : some main trends and implications", in The Population debate : dimensions and perspectives, United Nations, 1974, vol. 1, pp. 220-236.
- SURAUULT P. - L'inégalité devant la mort, Economica, 1979.
- TABUTIN D. - "La mortalité en Algérie selon le sexe, le secteur d'habitat et quelques caractéristiques socio-économiques en 1969-71", Population et Famille, 1976-3, vol. 39, pp. 109-144.
- TABUTIN D. - "Les limites de la théorie classique de la transition démographique pour l'Occident du XIXe siècle et le Tiers monde actuel", in Actes du Congrès International de la Population, Florence, 1985, Ordina Editions, U.I.E.S.P., vol. 4, pp 357-372.
- TRICONTINENTAL - n° spécial sur Famines et pénuries, 1982, PCM/petite collection Maspero.
- TROWBRIDGE F. & STETLER H. - "Results of nutritional status surveillance in El Salvador, 1975-1977", Bulletin of the World Health Organisation, 1982, 60(3), pp. 433-440.
- U.N.I.C.E.F. - "La situation des enfants dans le monde", 2 rapports pour 1984 et 1985, Aubier Montaigne, Paris.

- POULAIN M. & TABUTIN D. - "La mortalité aux jeunes âges en Europe et en Amérique du nord du XIXe à nos jours", in La mortalité des enfants dans le monde et dans l'histoire, op. cit., pp. 119-157, 1980.
- PRESTON S. - "Causes and consequences of mortality decline in less developed countries during the twentieth century", in Population and economic change in developing countries, ed. by R.E. Easterlin, Chicago Press, 1980, pp. 289-360.
- PRESTON S. - "Ressources, knowledge and child mortality : a comparison of the US in the late nineteenth century and developing countries to-day", in Actes du Congrès International de la Population, Florence, 1985, Ordina Editions, U.I.E.S.P., vol. 4, pp. 373-386.
- QUESNEL A. - "La mortalité infantile, face obscure de la transition démographique", Cahiers ORSTOM, Série Sciences Humaines, 1984, vol. XX, n<sup>o</sup> 2, pp. 283-291.
- RUZICKA L.T. - "Mortality transitions in the third world countries : issues for research", Newsletter, U.I.E.S.P., 1983. n<sup>o</sup> 17, pp. 60-82.
- RUZICKA L.T. & HANSLUWKA H. - "Mortality transition in South and East Asia : technology confronts poverty", Population and Development Review, 1982, n<sup>o</sup> 3, pp. 567-588.
- SEADE - Analise demografica regional, regio da grande Sao Paulo, Sao Paulo, 1983, 89 p.
- SOLIMANO G.R. & VINE M. - "Malnutrition, infection and infant mortality", in Biological and social aspects of mortality and the length of life, op. cit., 1980, pp. 83-112.