



La transition sanitaire en Afrique subsaharienne

La transition sanitaire mesurée par l'allongement de la vie est un phénomène que l'on retrouve dans les pays en développement. Cette progression est toutefois fragile et fortement liée à la situation politique et au rôle de l'État.

Michel Garenne
Directeur de recherche, Institut de recherche pour le développement
Enéas Gakusi
Chercheur associé
Alain Lery
Directeur
Centre français sur la population et le développement
(Ceped)

La transition sanitaire, mesurée par l'allongement de la vie moyenne, est un des phénomènes sociaux les plus marquants du xx^e siècle. Elle a transformé la vie quotidienne des individus et leurs perspectives d'avenir, et a eu un impact économique important en augmentant la durée de vie active et en réduisant la morbidité. Ainsi, dans un pays comme la France, l'espérance de vie à la naissance est passée de moins de 45 ans en 1900, soit moins que la majorité des pays africains en 1990, à plus de 78 ans en 1999 (74,9 ans pour les hommes, et 82,3 ans pour les femmes). L'augmentation de l'espérance de vie a été assez régulière au cours du siècle, hormis les périodes de guerre. Elle a touché toutes les couches de la société, et a affecté tous les groupes d'âge, les gains absolus étant les plus forts chez les jeunes enfants. Ainsi, la mortalité infantile en France est passée de 162 ‰ en 1900, un niveau supérieur à celui de la majorité des pays africains actuellement, à moins de 5 ‰ en 1999.

La transition sanitaire au vingtième siècle

Cette baisse de la mortalité se retrouve dans tous les pays développés, ainsi que dans la plupart des pays en développement avec un certain décalage dans le temps. Dans des pays comme le Japon, elle a même été plus rapide que dans les pays européens, atteignant actuellement un niveau plus bas que dans les pays européens. La baisse de la mortalité, pourtant à mi-chemin à l'époque, était déjà bien documentée dans les années cinquante pour la plupart des pays, y compris des pays comme l'Inde ou le Pakistan. Cependant, au moment des indépendances (1960), très peu de données sur la transition sanitaire étaient disponibles dans les pays d'Afrique subsaharienne.

Les causes de la baisse de la mortalité ont donné lieu à de nombreux débats académiques, mais sans qu'il soit possible de quantifier de manière convaincante le poids des différents facteurs. On s'accorde, en général, sur les causes principales qui sont les suivantes :

- la mise en place de la santé publique moderne (dès 1860) : hygiène, assainissement et médecine préventive ;
 - le développement de la médecine curative moderne, suite aux progrès considérables des connaissances médicales, de l'instrumentation et de la pharmacie, qui ont découlé de l'établissement de la théorie des germes et de l'essor de la biologie moderne et de la biochimie ;
 - l'amélioration quantitative et qualitative de l'alimentation et de la nutrition ;
 - les changements de comportements individuels qui ont fait suite à la prise de conscience des questions de santé et du rôle que l'individu peut jouer pour rester en bonne santé, à la valorisation sociale de la vie saine, et à l'éducation sanitaire ;
 - l'augmentation des revenus qui a permis le financement privé et public des soins préventifs et curatifs.
- Les deux premiers facteurs semblent jouer un rôle prépondérant, mais les autres peuvent aussi contribuer de manière significative à l'amélioration de la situation sanitaire. Ainsi, on peut trouver des cas de pays pauvres, où l'état nutritionnel est rudimentaire et où les comportements individuels sont loin des standards modernes, mais qui ont connu une forte baisse de la mortalité depuis 1950 : c'est le cas, par exemple, du Bangladesh. Parfois, le revenu réel reste bas, voire diminue, alors que la mortalité baisse et atteint un niveau proche de celui des pays riches, comme à Cuba. Inver-



© Médecins du monde. Photo Bugière

L'espérance de vie augmente grâce à la baisse de la mortalité infantile

sement, lorsque le système de médecine moderne, préventive et curative, s'effondre, par exemple dans le cas d'une crise majeure de l'État, la mortalité remonte, comme on le verra plus loin.

Santé publique et mortalité en Afrique

En Afrique subsaharienne, le niveau de mortalité en 1900 était vraisemblablement très élevé, mais ne semble pas avoir été supérieur à celui de l'Inde ou de la Chine à la même époque, soit une espérance de vie entre 25 et 35 ans. Ceci semble résulter de facteurs antagonistes : d'une part, en négatif, une forte prévalence de maladies tropicales très létales, en particulier le paludisme ; d'autre part, en positif, une faible densité de population, une faible urbanisation et une relative abondance de terre et d'aliments, malgré des crises fréquentes dues aux aléas climatiques.

Avec la colonisation, on installe en Afrique, dès le début du vingtième siècle, des embryons de soins préventifs et curatifs modernes, d'abord dans les villes coloniales naissantes puis progressivement en milieu rural, appliquant avec plus ou moins de succès les recettes qui ont réussi en Europe. En milieu urbain, on construit des hôpitaux et des dispensaires, on s'attelle à l'approvisionnement en eau potable, à l'assainissement, et à la lutte contre les vecteurs des maladies tropicales (paludisme et fièvre jaune notamment). Les

Ouganda



En 1962, date de son indépendance, la mortalité des jeunes enfants baisse depuis plusieurs décennies en Ouganda, et a pratiquement le même niveau et la même tendance que celle de son voisin le Kenya.

L'évolution au cours des neuf premières années de l'indépendance est favorable dans les deux pays, continuant sur la trajectoire de baisse de la mortalité des jeunes enfants commencée pendant la période coloniale, passant en Ouganda de 254 ‰ en 1955 à 165 ‰ en 1970. Mais

la mortalité augmente à partir de 1971 pour atteindre un maximum de 194 ‰ en 1980, soit presque le double de la mortalité au Kenya à la même date. La mortalité stagne quelques années, puis reprend sa course à la baisse pour atteindre un niveau de 133 ‰ en 1996.

Là encore, la période de hausse de la mortalité est concomitante à une crise politique majeure, et à une série de dysfonctionnements de l'État : c'est la période d'Idi Amin Dada, qui prend le pouvoir en janvier 1971 et se fait renverser à son tour en 1979. C'est une période où le régime se met au ban de la société internationale du fait de ses violations répétées des droits de l'homme, et se coupe de l'étranger. Il chasse les Indiens installés depuis fort longtemps, qui jouaient un rôle économique important, et dont bon nombre étaient médecins, et ruine de nombreux secteurs de l'économie. Au contraire, l'année 1981 voit le retour des bailleurs de fonds internationaux (Fond monétaire international, Banque mondiale, Union européenne). Au cours des années quatre-vingt, l'État, qui était en pleine déliquescence sous Idi Amin Dada, se restructure, la production agricole repart et se diversifie, et l'état de santé de la population s'améliore.



soins médicaux en milieu rural sont essentiellement assurés par les missions chrétiennes (catholiques et protestantes), à la suite d'accords passés entre les autorités coloniales et les autorités religieuses. À cela, il faut ajouter la lutte systématique contre certaines grandes endémies particulièrement craintes par les colons, en particulier la fièvre jaune, la trypanosomiase, et les maladies sexuellement transmissibles.

À partir de 1950 et jusqu'aux indépendances, l'État colonial investira un peu plus dans le secteur sanitaire, en formant des médecins et infirmiers locaux, en développant l'infrastructure, en installant de nouveaux programmes de santé, en particulier les programmes de protection maternelle et infantile (PMI). C'est aussi à cette époque que se développent les premiers grands programmes de vaccination, notamment contre la variole.

Après les indépendances (vers 1960), les nouveaux États vont poursuivre et développer ces politiques sanitaires, en suivant en cela les conseils prodigués par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le nombre de médecins et de personnel paramédical augmente rapidement, et l'infrastructure se développe. De grandes actions de vaccination sont lancées dans les années soixante et soixante-dix (contre la rougeole et variole notamment) ; puis une nouvelle phase apparaît avec la mise en place des soins de santé primaire en 1979, et surtout avec le généreux financement international du programme élargi de vaccination (PEV) mis en place par l'Unicef en 1985. Le système de financement des

soins de santé, essentiellement étatique avant 1980, change rapidement avec les plans d'ajustement structurel (années quatre-vingt). Dès le début des années quatre-vingt-dix, la plupart des pays ont un système de recouvrement des coûts, qui, en général, semble avoir amélioré la disponibilité en médicaments. Parallèlement, une politique de rationalisation des achats de médicaments se met en place, avec la mise au point de listes de médicaments essentiels et génériques dans de nombreux pays.

Divers programmes plus ponctuels sont aussi mis en place, notamment la prévention et le traitement du paludisme (qui avait commencé dès les années cinquante), la lutte contre les maladies diarrhéiques et la réhabilitation nutritionnelle (dans les années quatre-vingt), le suivi de la croissance, la lutte contre les infections respiratoires aiguës (IRA), ainsi que le dépistage et le traitement accéléré de la tuberculose et de la lèpre. Par ailleurs, un effort important est réalisé pour améliorer la prévention du risque maternel, surtout après la conférence de Nairobi de 1985, intitulée « initiative pour la maternité sans risque ». Enfin, avec l'arrivée du sida, divers programmes de prévention des maladies sexuellement transmissibles sont mis en place dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix dans la plupart des pays.

Les pays africains ont donc bénéficié des expériences acquises dans les autres pays. Ils ont suivi *grosso modo* les mêmes politiques de santé, bien souvent sur les conseils de l'OMS, des diverses agences de coopération bilatérale et multilatérale, et des organisations non gouvernementales. Ces politiques ont été largement financées par les bailleurs de fonds étrangers. On aurait pu s'attendre à des évolutions favorables dans tous les pays, à l'image de ce qui s'était passé dans les pays européens cinquante ans auparavant, qui eux aussi avaient suivi les mêmes recettes et s'étaient imités les uns les autres. Certes, on pouvait s'attendre à des différences de vitesse de baisse de mortalité, comme par exemple on avait pu les observer dans les pays asiatiques : ainsi la mortalité a évolué beaucoup plus rapidement en Chine qu'en Inde, car l'État chinois a investi beaucoup plus massivement dans le secteur de la santé que l'État indien dès 1950. Mais on ne s'attendait pas *a priori* à des évolutions divergentes.

Ghana



On trouve une crise similaire, bien que beaucoup moins intense, au Ghana. À l'indépendance (1957), le pays est relativement avancé par rapport aux autres pays de l'Afrique de l'Ouest, et sa population a un niveau d'instruction meilleur que celui de ses voisins. Le premier président (N'Kruma), personnage charismatique, y installe un régime socialiste. Ce régime, après quelques soubresauts à la fin des années soixante, va aller en s'auto-détruisant au fil des années soixante-dix, surtout par corruption et népotisme, aboutissant en 1978 à une crise majeure, qui sévit environ cinq ans. Durant cette période, de nombreux médecins quittent le pays. Ce n'est qu'à partir de 1983 que l'État recommence à fonctionner normalement, après la reprise en main par un autre personnage charismatique, Jerry Rawlings. C'est à cette époque que l'aide étrangère revient et que des plans d'ajustement structurel sont mis en place. La démocratie, qui avait rapidement disparu après l'indépendance, est rétablie, et les élections de 1992 et de 1996 confirmeront le président Rawlings dans ses fonctions.

À la fin de la période coloniale, la mortalité des jeunes enfants est moyenne au Ghana (238 ‰ en 1952). Elle évolue favorablement jusqu'en 1978 (138 ‰), date de la crise politique majeure. La mortalité augmente au cours de la période d'anomie, pour atteindre un pic de 172 ‰ en 1982. Mais, à partir de 1983, elle reprendra sa tendance à la baisse, rattrapant pratiquement son retard en dix ans (108 ‰ en 1993). Pourtant, à cette dernière date, l'économie n'a pas encore récupéré son niveau du début des années soixante-dix ; mais l'État fonctionne à nouveau assez efficacement, et il continue à investir dans la santé.

Rôle de l'État et inversions de tendances de la mortalité des jeunes enfants

Les données font cruellement défaut en Afrique subsaharienne pour analyser les tendances de la mortalité. Aucun pays, hormis l'île Maurice et l'Afrique du Sud, ne dispose d'un système fiable d'enregistrement des décès, ni de tables de mortalité, encore moins de statistiques exhaustives de causes de décès. Cependant, depuis les années 1975-1980 et surtout depuis 1985, des séries d'enquêtes démographiques standardisées de bonne qualité (WFS, DHS) permettent de reconstruire les tendances de la mortalité des jeunes enfants (la

mortalité entre 0 et 5 ans) depuis les indépendances. On dispose aussi d'estimations ponctuelles, malheureusement souvent imprécises, des niveaux de mortalité à divers recensements ou à partir d'autres études démographiques, ainsi que d'études longitudinales dans certains cas, état-civil des grandes villes et laboratoires de population en milieu rural.

Les premières analyses comparatives des tendances de la mortalité, réalisées sous l'égide de la Banque mondiale, ont donné une image idyllique de l'évolution de la mortalité en Afrique. L'ouvrage de Feachem et Jamison [10], qui en fait la synthèse, suggère que l'état de santé s'améliore, que la mortalité des jeunes enfants baisse partout depuis 1950, approximativement au même rythme dans tous les pays, et interprète les points aberrants comme des erreurs dans les données.

Le Ceped (Centre français sur la population et le développement) a entrepris depuis plusieurs années une série d'études de cas dans divers pays africains, qui révèlent des évolutions très contrastées, et anime un séminaire sur le sujet à l'École des hautes études

Zambie



La crise en Zambie est un peu différente, car elle est due en grande partie à un choc économique externe, qui a eu un retentissement important du fait des erreurs de gestion précédentes. Indépendante en 1964, la Zambie vit au-dessus de ses moyens pendant environ dix ans, grâce à des exportations de cuivre qui lui rapportent des devises abondantes du fait de la conjoncture internationale favorable. Le régime installé par Kenneth Kaunda, figure emblématique des mouvements de l'indépendance de l'Afrique australe, est résolument socialiste, se soucie de redistribuer les revenus du cuivre, et fait un effort important dans le secteur social. L'effondrement du cours du cuivre en 1975, suivi du second choc pétrolier (1979), et la conjoncture politique difficile de cette région, notamment les mouvements de Rhodésie, du Mozambique et d'Angola, créent une situation explosive, dont l'économie zambienne ne s'est toujours par remise. L'État est en crise majeure tout au long des années quatre-vingt, passe par diverses phases de radicalisation et de libéralisation, et adopte en 1984 un plan d'ajustement structurel pour l'abandonner trois ans après. Ce n'est qu'avec les élections libres de 1991, largement gagnées par l'opposition démocratique, que l'État se remet à fonctionner normalement.

La mortalité des jeunes enfants suit cette évolution politique. Elle diminue régulièrement de 1960 (265 ‰) à 1979 (160 ‰), puis augmente pendant toute la décennie suivante, atteignant un pic de 206 ‰ en 1991. Depuis, elle a diminué lentement, pour atteindre 188 ‰ en 1996, malgré une importante épidémie de sida et des performances économiques médiocres.

Mozambique



Le cas du Mozambique est probablement le cas le plus radical de renversement de tendance de la mortalité des jeunes enfants. Celui-ci est la conséquence d'un choc politique en grande partie exogène. Le Frelimo, mouvement politique soutenu par les régimes progressistes, conquiert l'indépendance du Mozambique (1975) à l'issue d'une lutte armée d'une dizaine d'années contre le colonisateur portugais implanté dans le pays depuis plusieurs siècles. Le régime qui se met en place peu après est radical et suit une ligne marxiste dure. Il s'ensuit une série de nationalisations, qui provoquent le départ de la grande majorité des Portugais, dont, en particulier, la plupart des médecins. Pourtant, le régime affiche une forte volonté politique d'investir dans le secteur social et consacre une partie importante de son budget à la santé, suivant en cela le modèle des pays socialistes. Si les résultats ont été contraires aux objectifs, c'est surtout du fait de la guerre civile qui a suivi la radicalisation du régime. En effet, les pays voisins, farouchement opposés à la ligne marxiste du Frelimo, la Rhodésie d'abord, puis l'Afrique du Sud ensuite, soutiennent, équipent et entraînent un mouvement rebelle, le Renamo. Ce mouvement va s'efforcer de déstabiliser le régime du Frelimo en créant une insécurité grandissante dans le pays, et surtout en détruisant systématiquement l'infrastructure sociale (écoles et dispensaires) que le Frelimo s'efforçait de mettre en place. Ce n'est qu'après les accords de paix de 1990, et surtout après les élections libres de 1994, que l'État peut fonctionner à nouveau normalement.

Là encore, les indicateurs démographiques suivent de près l'évolution politique. La mortalité évolue favorablement à la fin de la période coloniale, pour passer de 260 ‰ en 1960 à 153 ‰ en 1974. Elle augmente rapidement après l'indépendance, pour atteindre un pic de 214 ‰ en 1987, avant de reprendre un cours favorable et de descendre à 141 ‰ en 1997. Dans le centre du Mozambique, dans les districts de Manica et Sofala qui ont été les plus touchés par les actions du Renamo, l'évolution est encore plus brutale, puisque la mortalité passe de 266 ‰ en 1974 à 473 ‰ en 1986 [11]. Il faudra attendre huit ans pour que la mortalité revienne à son niveau d'avant l'indépendance (269 ‰ en 1994).

en sciences sociales (EHES). Si ces études de cas ne sont pas encore achevées, elles sont suffisamment avancées pour que l'on puisse en tirer des conclusions sur les tendances démographiques, et émettre des hypothèses explicatives.

Le rôle du sida dans l'évolution future de la mortalité

Les évolutions décrites ci-dessus concernent surtout les situations difficiles des années soixante-dix et quatre-vingt, marquées par l'affrontement Est-Ouest et la guerre froide. Avec le démantèlement de l'ex-URSS, ces clivages ont en grande partie disparu dès 1990, et la radicalisation de certains régimes, source de nombreux conflits et crises à l'origine des augmentations de mortalité, semble maintenant appartenir au passé. De plus, depuis le milieu des années quatre-vingt, de nombreuses agences d'aide internationale portent plus d'attention aux questions de santé, comme c'est le cas de la Banque mondiale, le principal investisseur. Enfin, les États africains sont maintenant mieux dotés qu'à l'indépendance, disposent d'un personnel formé beaucoup plus important, en particulier des médecins, ont acquis un certain savoir-faire dans la gestion de l'État, et ont accepté l'existence d'une opposition démocratique, ce qui devrait limiter les dérives toujours possibles. On aurait donc pu avoir une vision assez optimiste pour le futur, comme on l'avait d'ailleurs en 1960, si des changements épidémiologiques majeurs n'étaient pas intervenus entre temps, en particulier le sida.



Madagascar



Au moment de l'indépendance, la mortalité des jeunes enfants est relativement favorable par rapport à celle d'autres pays africains (211 ‰). Elle baisse graduellement jusqu'en 1973 (168 ‰), ce qui constitue une évolution normale, puis augmente jusqu'en 1985, date à laquelle elle a pratiquement retrouvé son niveau d'avant l'indépendance (202 ‰). La mortalité des jeunes enfants baisse à nouveau à partir de 1986, pour atteindre 140 ‰ en 1997, dernier point disponible. Cette évolution au niveau national se retrouve dans l'évolution de la mortalité à Antananarivo, la capitale, mortalité connue plus précisément grâce aux données de l'état-civil. Là encore, la mortalité des jeunes enfants augmente au cours de la même période, passant de 120 ‰ en 1976 à un pic de 188 ‰ en 1985, pour redescendre à 95 ‰ en 1995. La période allant de 1972 à 1985 correspond très précisément à une période de dysfonctionnement de l'État, et notamment du système de santé. L'année 1972 est celle du coup d'état du général Ramanantsoa, et de l'installation d'un régime radical, qui se veut marxiste, et qui se coupe de l'extérieur, en particulier des États occidentaux. L'année de plus forte mortalité (1985) correspond au sommet de la crise économique qui suivit les nombreuses erreurs de gestion faites par le régime, et qui s'accompagne d'une famine assez importante, même en milieu urbain. Au contraire, la période 1986-1997 est une période de restructuration de l'État, et d'amélioration de sa gestion, malgré divers accidents de parcours. Les indicateurs de santé reprennent leur cours favorable, bien que les indicateurs économiques restent très défavorables, la décroissance de l'économie se poursuivant au moins jusqu'en 1995.

D'autres maladies ont joué, et vont probablement continuer à jouer un rôle dans l'augmentation de la mortalité par cause : l'apparition des souches de paludisme résistantes aux principaux antipaludéens de synthèse (années quatre-vingt) et l'endémisation du choléra en Afrique depuis le milieu des années soixante-dix. Par ailleurs, il faut souligner l'apparition des causes liées au développement économique et à l'urbanisation que sont les accidents de la route et la mortalité liée au tabac, à l'alcool et à l'obésité, mais pour lesquelles

Sénégal



On peut prendre le cas du Sénégal comme un contre-exemple de ces crises, ou plutôt comme un exemple du modèle qu'auraient dû suivre les pays africains s'ils avaient été épargnés par toute crise politique majeure. On estime la mortalité des jeunes enfants à 379 ‰ en 1950, 322 ‰ en 1970, 222 ‰ en 1980, 155 ‰ en 1990, et 121 ‰ en 1997, soit une baisse très régulière et remarquable, malgré une stagnation dans les années soixante, probablement due à un regain du paludisme. Cette évolution est tout à fait parallèle à celle observée dans la zone couverte par le laboratoire de population de Niakhar. Cette baisse de la mortalité s'est réalisée dans un contexte économique plutôt défavorable, car la croissance du revenu réel par tête a été pratiquement nulle au cours de la période 1960-1992. Par contre, le pays a joui d'une remarquable stabilité politique, d'une gestion solide de son système de santé, d'un corps de médecins militaires compétents et efficaces, et d'une aide internationale importante, bien que le financement par l'État du secteur santé ait été notoirement insuffisant.

on ne dispose de données précises dans aucun pays africain. Cependant, il faut noter que la mortalité en Europe a continué à diminuer dans les années cinquante alors que ces mêmes causes augmentaient sensiblement avec le développement économique.

Pour le sida par contre, l'impact sur la mortalité risque d'être très important, et de provoquer des renversements de tendance majeurs. On peut estimer la mortalité à partir des données de séroprévalence chez les femmes enceintes et de la survie des séropositifs, données qui sont maintenant disponibles dans de nombreux pays. C'est un exercice auquel se livrent régulièrement les grands organismes internationaux (OMS, Nations unies), les agences spécialisées (*US Bureau of the Census*), et certaines compagnies d'assurance, notamment en Afrique australe. Les prévisions montrent un recul important de l'espérance de vie, pouvant aller jusqu'à 25 ou 30 ans pour les hauts niveaux de séroprévalence, comme ceux d'Afrique australe, c'est-à-dire en quelque sorte une transition sanitaire à l'envers. Mais ce ne sont que des modèles, et personne ne peut prédire avec un bon degré de fiabilité l'évolution des épidémies de sida en Afrique subsaharienne, d'autant plus que leurs dynamiques au cours des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix restent très mal connues, et que, par ailleurs la prévention par le préservatif est techniquement possible, et pourrait avoir un effet très important.

Conclusions

On a facilement tendance à oublier le rôle de l'État dans la santé publique et la transition sanitaire. Pourtant, c'est un effort continu du gouvernement central qui a permis de mettre en place l'excellent système de santé dont jouissent les populations des pays développés. Cet effort s'est porté d'abord sur l'assainissement et l'hygiène, puis sur les infrastructures médicales, surtout les hôpitaux, sur la formation médicale, sur l'accès aux soins pour les populations défavorisées, sur l'assurance maladie, et sur la régulation de la qualité des médicaments et de la prescription. Le marché, représenté par les laboratoires pharmaceutiques et par l'offre privée de soins, a aussi joué un rôle important, mais a été lui aussi soumis à de sérieuses régulations de l'État. Les études de cas africaines viennent nous rappeler l'importance de ce rôle de l'État dans la transition sanitaire, car lorsque le système de santé fonctionne mal ou ne fonctionne plus, la mortalité augmente rapidement dans un délai très court dans tous les cas étudiés.

L'Afrique doit maintenant faire face au sida, son plus grand défi de santé publique pour les années à venir, ainsi qu'à d'autres maladies émergentes ou récurrentes, en particulier le paludisme résistant et le choléra. Là encore, l'État aura un rôle majeur à jouer, pour organiser la lutte contre ces maladies et, en particulier, pour mettre en place des préventions efficaces dont on sait qu'elles sont techniquement possibles. ■