

# ENFANTS D'AUJOURD'HUI DIVERSITÉ DES CONTEXTES PLURALITÉ DES PARCOURS

*Colloque international de Dakar  
(Sénégal, 10-13 décembre 2002)*



*Numéro 11*

**ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE  
AIDELF**

# La survie des enfants et les politiques sociales en Angola

---

**Constância DE SOUSA SILVA et Ndola PRATA**

Ministère du Plan, Luanda, Angola

## Introduction

Si dans la majorité des pays d'Afrique Subsaharienne, on observe une tendance à la réduction des niveaux de mortalité infantile et juvénile, en Angola ces indicateurs atteignent encore des niveaux critiques. Bien que cette tendance fut notable depuis la période coloniale<sup>1</sup> (Tavares A., 1973), aujourd'hui la situation s'est aggravée. De fait, elle est associée à des indices de sous-nutrition infantile élevés, à d'intenses flux migratoires qui exposent les enfants à des risques divers.

La question qui se pose est la suivante : considérant l'interaction entre la mortalité infantile et le développement social et économique, comment un pays sous-développé comme l'Angola, qui sort meurtri d'une longue guerre, pourra-t-il assurer la survie des enfants ? La santé étant l'un des objectifs du développement économique et social (Elizaga J., 1979), notre intention est de déterminer l'impact des politiques sociales adoptées en Angola durant la décennie 1990 sur la mortalité infantile.

Cette étude comporte quatre parties. La première aborde le contexte socioculturel dans lequel évoluent les familles des enfants et la seconde décrit la méthodologie adoptée. Le diagnostic sur l'état de santé des enfants et la mortalité infantile fait l'objet de la troisième partie. La quatrième présente les politiques sociales, et comprend également une brève référence à la période coloniale pour une meilleure compréhension des bases sur lesquelles se sont structurés les actuels systèmes de santé, d'assistance et de sécurité sociale. La conclusion relève, en particulier, les effets de la politique de santé sur les chances de survie des enfants et ses conséquences sur les variables démographiques.

## 1. Contexte socioculturel

Les cinq siècles de domination portugaise ont marqué l'univers socioculturel angolais qui était soumis de force et plus tard administré dans le cadre d'une politique d'assimilation culturelle<sup>2</sup>. Cela a eu pour conséquence la coexistence de deux modèles de structures familiales dans la société angolaise : d'une part, les familles traditionnelles qui gardent les us et coutumes traditionnels, et d'autre part, les familles urbaines qui conservent les valeurs culturelles occidentales.

Concentrées particulièrement dans les zones rurales, les structures familiales traditionnelles étaient assujetties, durant la période coloniale, au régime de plantation des cultures obligatoires comme le café, le sisal et le coton, (Redinha J., 1975), système de production qui a renforcé la nécessité d'une structure familiale extensive. Ainsi, la polygamie, système matrimonial le plus répandu dans les familles traditionnelles, s'adaptait, d'une part, aux structures politiques traditionnelles dont l'organisation repose sur la parenté, et d'autre part, aux exigences du système de production au sein duquel les enfants et les femmes jouent un rôle économique important. Ces facteurs peuvent expliquer le maintien de l'indice synthétique de fécondité à un niveau élevé – 7 enfants par femme – aussi bien en milieu urbain que rural (MICS II, 2001).

---

<sup>1</sup> Taux de mortalité des moins d'un an (1960) = 170‰ ; taux de mortalité de moins de 5 ans (1960) = 345‰.

<sup>2</sup> Décret-Loi no 39 666 qui promulgue le Statut de l'indigénat en Angola, Mozambique et Guinée.

Le statut privilégié de l'enfant au sein des structures familiales traditionnelles justifie l'attachement des familles à certaines croyances et tabous. Les interdictions alimentaires et sexuelles, ainsi que l'utilisation d'objets de protection (amulettes) sont souvent recommandées pour éviter la stérilité, l'avortement, les maladies, les accouchements difficiles, les malformations et la mortalité infantile. L'accroissement de ces pratiques, tant dans les zones rurales que dans les zones urbaines, témoigne de l'enracinement et du retour aux traditions.

La désarticulation du secteur productif et la désorganisation sociale provoquées par les conflits armés ont affaibli la solidarité familiale traditionnelle et ont fait surgir des ressentiments chez ceux qui avaient perdu l'accès aux biens essentiels ainsi que leur statut dans la communauté. A ces facteurs s'ajoutent le bas niveau de scolarité de la population ainsi que la destruction progressive des infrastructures de santé. Ainsi, la compréhension des effets des maladies et des causes de la mortalité infantile est d'autant plus difficile pour les parents. Pour ceux-ci, la maladie ou la mortalité des enfants est attribuée à la rupture ou au non-respect des valeurs traditionnelles. Les oncles, les grands-parents, les grands frères, sont aussi fréquemment accusés d'être responsables des problèmes qui affectent les enfants (Milheiros M., 1960). Il est probable que l'augmentation de la visibilité de certaines pratiques traditionnelles et religieuses est due à cette situation, au détriment des soins de santé dispensés dans les unités sanitaires où le diagnostic est souvent effectué tardivement.

## 2. Méthodologie

### 2.1 Sources d'information

Les données utilisées pour l'analyse des niveaux de mortalité et des taux de couverture relatifs à certains indicateurs de santé proviennent principalement des résultats des enquêtes MICS (Multiple Cluster Survey) réalisées en 1996 et 2001. Ainsi, la mortalité des enfants est estimée à partir de techniques indirectes.

L'analyse de la structure de la mortalité par cause est fondée sur les données de mortalité provenant des cimetières officiels de la ville de Luanda, collectées et analysées par le Service de Statistique du Cabinet d'Études et de Planification du Ministère de la Santé (MINSA). Nous sommes conscients de leurs limites : elles ne sont pas représentatives au niveau national, compte tenu de la diversité géographique, économique et socioculturelle du pays (Ngatchou R., 1985). En outre, il existe plusieurs cimetières clandestins aux alentours de la ville où l'on suppose qu'un nombre important d'enfants des familles les plus démunies sont enterrés. Toutefois, nous pensons que la structure de la mortalité reste la même, dans la mesure où l'Angola n'a pas encore connu la transition épidémiologique. Donc, pour toutes ces raisons évoquées, les résultats ci-dessous doivent être considérés comme indicatifs.

### 2.2 Analyse

Cette analyse a été développée selon la perspective de Myers (Myers R.<sup>3</sup>, 1991) qui adopte un concept positif de la survie, non limité au fait de « ne pas mourir », mais mettant l'accent sur la vie. L'importance accordée aux facteurs sociaux au détriment des facteurs biologiques nous paraît plus adéquate dans le cadre de ce travail, dans la mesure où les enfants considérés « à risque » (de mourir), et qui malgré tout survivent, doivent bénéficier de mesures visant l'amélioration de leurs conditions de vie. Cette vision va dans le sens des arguments défendus par Robert Myers pour qui la survie, la croissance ou le développement de l'enfant

---

<sup>3</sup> Le Dr. Robert Myers a été coordonnateur du Consultative Group on Early Childhood Care and development, à New York et membre de la Commission Consultative Scientifique de l'UNESCO pour le Projet L'Enfant et le Milieu Familial.

sont des processus simultanés et non séquentiels. Toute initiative dont le but est de promouvoir la survie ou la croissance favorise le développement et vice-versa.

### 3. L'état de santé des enfants

#### 3.1 La morbidité

L'état de santé des enfants sera abordé selon certains indicateurs de santé considérés comme importants dans le domaine de la santé reproductive : la couverture vaccinale, la couverture en soins prénatals, l'assistance à l'accouchement et la prévalence de certaines maladies de l'enfance.

En ce qui concerne *l'immunisation des enfants*, selon les résultats de l'enquête MICS II, les estimations sur la couverture vaccinale sont encore à un niveau très bas (tableau 1). La survenance d'épidémies est difficilement évitable avec le niveau actuel d'immunisation.

Le pourcentage des enfants totalement immunisés contre les principales maladies de l'enfance est à peine de 26,6%. En outre, la couverture vaccinale contre le tétanos peut aussi être considérée comme insatisfaisante (62,2%) et augmente ainsi le risque de tétanos néo-natal, d'autant plus que la plupart des accouchements se font à domicile (MICS I, 1996).

TABLEAU 1 : INDICATEURS DE SANTÉ SÉLECTIONNÉS. ANGOLA MICS 2001.

Indicateurs	%
Vaccins*	
BCG	68,8
DTP3	33,9
Polio3	63,2
Rougeole	53,4
Tous les vaccins	26,6
Tétanos	62,2
Assistance à l'accouchement	45,0
Maladie de l'enfance***	
MDA	23,0
Fièvre/paludisme	25,0
MRA	8,0
Malnutrition (sévère + modérée)	
Chronique	45,0
Aiguë	6,0
Faible poids par rapport à l'âge	30,0
* Les couvertures vaccinales se réfèrent aux enfants ayant 12-23 mois.	
** Protection contre le tétanos chez les femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois avant l'enquête.	
***Prévalence des maladies chez les enfants de moins de 5 ans au cours des 2 dernières semaines avant l'enquête.	

*L'assistance à l'accouchement* par un personnel qualifié est un facteur important dans la réduction de la mortalité néonatale et périnatale. Selon les données du MICS II (2001), sur les 12 derniers mois avant l'enquête, à peine 45% des femmes ont été assistées par un personnel qualifié lors de l'accouchement (médecins, sages-femmes, infirmières auxiliaires).

*L'insuffisance pondérale à la naissance* (poids < 2500g) est considérée comme un facteur important de risque de décès néo-natal et post-néonatal. Selon les données du MINSA, pour

l'année 2000, cela concernait 17,3% des naissances vivantes en Angola parmi les nouveau-nés pesés (tableau n° 3.20.1, Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística do MINS/A/2000).

*La prévalence des maladies diarrhéiques aiguës (MDA), des fièvres de paludisme et des maladies respiratoires aiguës (MRA) chez les enfants angolais indiquent une situation sanitaire peu satisfaisante (tableau 1). L'Enquête MICS II (2001) révèle que 68% des mères ne considèrent pas que l'impossibilité pour l'enfant de boire ou de téter soit un signe d'alerte. De même, 71% des mères pensent que les difficultés respiratoires ne constituent pas un symptôme d'alerte pour une assistance médicale.*

*L'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans reste critique, 45% présentant des signes de malnutrition chronique générale (sévère et modérée). Cet indicateur, lié aux us et coutumes, révèle une situation chronique de déficience calorico-protéique et/ou de multiples maladies épisodiques. En plus de l'augmentation du risque de décès, la malnutrition entraîne une diminution des capacités psychomotrices et laisse des séquelles irréparables dans la croissance et le développement des enfants.*

### 3.2 La mortalité des enfants

Les estimations du MICS II (2001) indiquent un *taux de mortalité infantile* de 150‰. Sur 1000 naissances vivantes à peine 850 enfants ont atteint leur premier anniversaire. Le taux de mortalité infantile se situe au-dessus de la moyenne observée dans les pays les moins avancés dont le taux était estimé à 100‰ en 2001. Ce niveau de mortalité observé en Angola est d'autant plus élevé s'il est comparé à celui des pays en développement où il avoisinait 62‰ en 2001. (UNICEF, 2003). S'agissant de la *mortalité infanto-juvénile* (enfants de moins de 5 ans), les estimations du MICS II de 2001 indiquent un taux de 250‰, alors qu'il se situe à 157‰ pour les pays les moins développés la même année. Ces indices placent l'Angola dans le groupe des pays ayant un niveau de survie les plus bas au monde.

L'Angola fait également partie des pays où la mortalité des enfants ne présente aucun signe de baisse significative (voir MICS I, 1996 et MICS II, 2001). L'espérance de vie à la naissance, l'une des plus basse au monde, est estimée à 42,4 ans (40,7 ans pour les hommes et 44,2 ans pour les femmes). Cependant, même avec une mortalité aussi élevée, on observe une mortalité différentielle selon le niveau des conditions de vie des familles. Les données du MICS II (2001)<sup>4</sup> montrent que la probabilité de mourir avant le premier anniversaire augmente de près de 23% si l'on compare les enfants des familles les plus riches à ceux des familles les plus pauvres. Avant le cinquième anniversaire, cette proportion passe à 29%.

Même lorsqu'ils sont disponibles, l'accès et l'utilisation des services de santé dépendent des ressources sociales et économiques des familles. Par exemple, en ce qui concerne le traitement des maladies respiratoires aiguës chez les enfants de moins de 5 ans, l'enquête MICS II (2001) a démontré l'existence d'une disparité selon le niveau socio-économique dans l'utilisation des services. Parmi les enfants traités dans les hôpitaux et centres de santé, 53,6% font partie des familles les plus aisées alors que cette proportion avoisine à peine les 27,8% chez les familles les plus pauvres.

Pour analyser les causes de décès, les maladies ont été regroupées en quatre catégories d'une importance significative dans la mortalité des enfants en bas âge (tableau 2). Conformément aux données issues des cimetières officiels de la ville de Luanda, on constate, pour l'année 2000, que les décès d'enfants de moins d'un an sont supérieurs à ceux des 1-4 ans (41,2%).

<sup>4</sup> Mortalité infantile : au premier quintile socio-économique = 167‰ naissances vivantes ; au cinquième quintile socio-économique = 129‰ naissances vivantes.  
Mortalité infanto-juvénile : au premier quintile socio-économique = 288‰ naissances vivantes ; au cinquième quintile socio-économique = 205‰ naissances vivantes.

TABLEAU 2. DISTRIBUTION DES PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS DES ENFANTS SELON L'ÂGE. CIMETIÈRES OFFICIELS DE LUANDA- 2000.

Groupes de maladies	Total 0-4 ans		Moins de 1 an		1-4 ans	
	Total	%	Total	%	Total	%
Total	17 710	100	10 410	58,8	7 300	41,2
Maladies infectieuses	9 663	54,6	4 258	40,9	5 405	74,0
Préventives par vaccination	2 092	21,6	788	18,5	1 304	24,1
MDD	754	7,8	457	10,7	297	5,5
Autres infections	6 817	70,5	3 013	70,8	3 804	70,4
Malnutrition	380	2,1	124	1,2	256	3,5
Affections du nouveau-né	4 117	23,2	4 091	39,3	26	0,4
Autres causes de décès	3 550	20,0	1 937	18,6	1 613	22,1

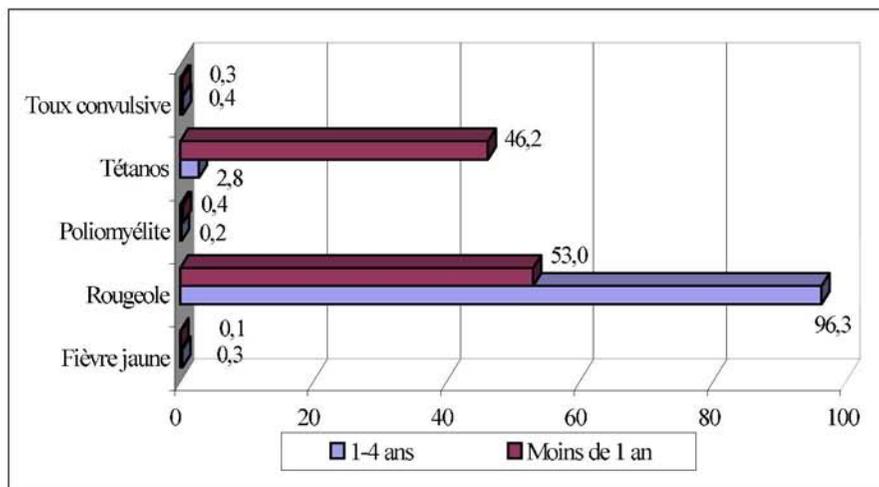
*Source* : MINSa, 2002.

S'agissant des enfants de moins de 5 ans, *les maladies infectieuses* constituent la première cause de mortalité avec 54,6% des décès. L'importance de ce groupe de maladies reflète les faibles qualité et efficacité des services de santé publique en Angola. *Les affections du nouveau-né* viennent en deuxième position avec 23,2%, suivies des *autres causes de décès* responsables du cinquième du total des décès, 20%. Finalement, la *malnutrition* est à l'origine de près de 2,1% des décès.

Dans le groupe des maladies infectieuses, les *maladies évitables par vaccination* représentent une proportion non négligeable. Ces maladies causent un peu plus du cinquième de ces décès, 21,6%, chez les enfants de moins de 5 ans (18,5% chez les enfants de moins d'un an et 24,1% chez les 1 à 4 ans).

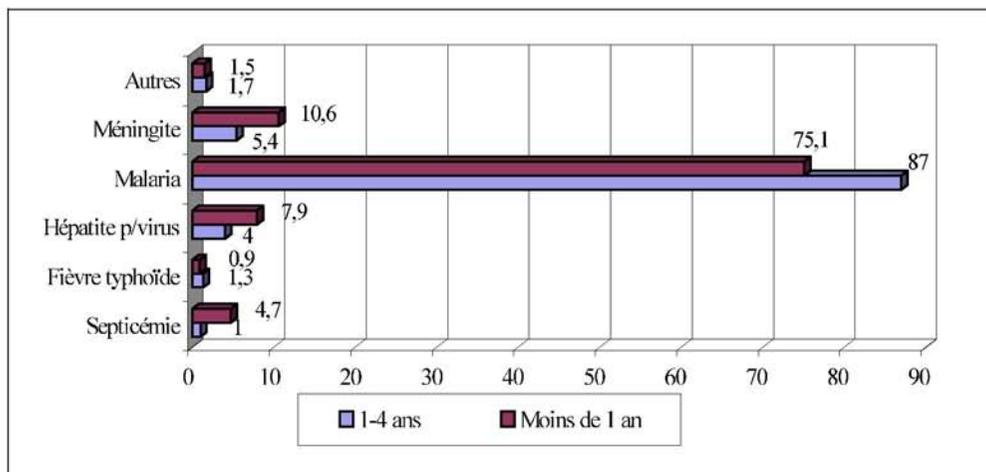
Parmi les maladies évitables, (graphique 1), la rougeole se révèle la plus meurtrière, étant responsable de 96,3% de ces décès dans le groupe des 1-4 ans, et de plus de la moitié chez les enfants de moins d'un an. Ensuite, vient le tétanos (46,2% chez les enfants de moins de 1 an). Cette situation peut être attribuée à la faible couverture de la vaccination antitétanique des femmes enceintes.

GRAPHIQUE 1 : RÉPARTITION DES DÉCÈS ÉVITABLES PAR VACCINATION (%) CIMETIÈRES OFFICIELS DE LUANDA - 2000



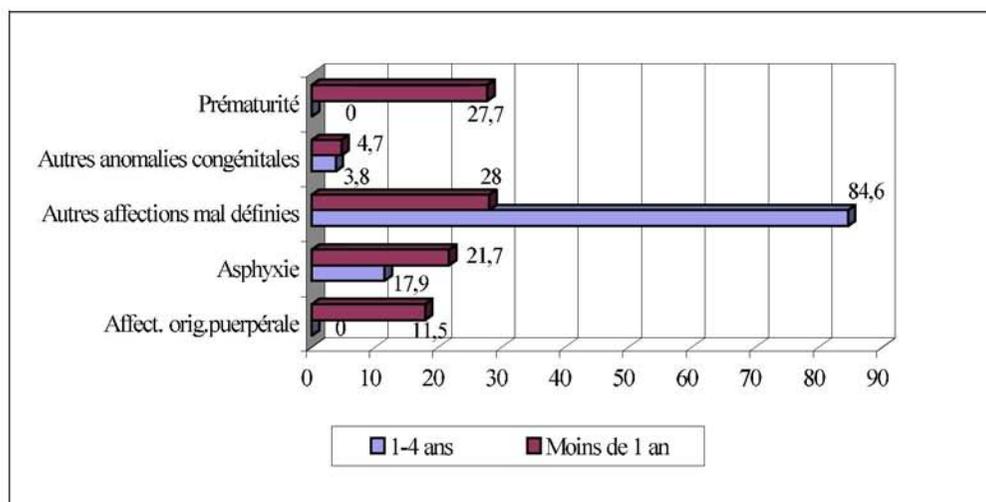
Dans le sous-groupe *autres infections*, la malaria occupe la première position (graphique 2), étant responsable à elle-seule de 87% de ces décès chez les enfants de 1 à 4 ans et de 75,1% chez ceux de moins d'un an. La méningite vient en deuxième position.

GRAPHIQUE 2 : RÉPARTITION DES DÉCÈS DUS AUX AUTRES INFECTIONS  
CIMETIÈRES OFFICIELS DE LUANDA - 2000



Parmi les *affections du nouveau-né*, les maladies associées à la grossesse, à l'accouchement et ses suites (prématurité et affections d'origine puerpérale) ne concernent que les enfants de moins d'un an (graphique 3). Les *autres affections mal définies* ont une représentation assez élevée dans ce groupe de maladies, principalement chez les enfants de 1-4 ans (84,7%). Elles traduisent la difficulté du personnel de santé à définir les causes exactes de décès (Ngatchou D., 1985).

GRAPHIQUE 3. RÉPARTITION DES DÉCÈS ATTRIBUÉS AUX AFFECTIONS DU NOUVEAU-NÉ  
CIMETIÈRES OFFICIELS DE LUANDA-2000



## 4. Les politiques sociales en Angola

### 4.1 Antécédents historiques : de l'État Nouveau (1933) à l'accession à l'indépendance (1975)

L'histoire de la politique sociale, en Angola, est fortement liée à celle du Portugal, pays colonisateur de 1482 à 1975. L'État Providence, instauré à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle en Europe, n'a pu être institué de manière effective au Portugal qu'une cinquantaine d'années plus tard sous Oliveira Salazar. Ce régime, auto-appelé « *Estado Novo* » au Portugal, avait pour fondement une politique sociale axée sur la justice et le bien-être (Moreira A., 1961).

Parmi les textes législatifs qui ont modelé les premières mesures visant des transformations sociales consignées dans la Constitution de la République portugaise, on retiendra le décret loi n° 23-048, du 23.01.33. Il comprend des dispositions relatives à la Protection Sociale et l'Action Sociale. L'article 5 de la Constitution de la République<sup>5</sup> fixe que : « L'État Portugais est unique, basé sur l'égalité des citoyens devant la loi, dans le libre accès de toutes les classes au bénéfice de la civilisation ». Néanmoins, le processus d'extension des politiques sociales en Angola s'est opéré très lentement. Il a été confronté à d'énormes difficultés résultant d'une dualité de régimes et de disciplines générales dans le cadre du travail, basée sur la distinction fondamentale entre citoyens<sup>6</sup> et indigènes<sup>7</sup> (Cunha A., 1964).

Cette dualité de statuts a empêché l'incorporation, au sein des organisations professionnelles, des travailleurs indigènes en pleine égalité de droits avec les travailleurs portugais. Selon Casimiro Oliveira (1964), cette opposition<sup>8</sup> a constitué une des plus importantes armes de l'État Nouveau pour contrarier une exigence culturelle des indigènes et empêcher leur forte adhésion au mouvement syndical. Par conséquent, cette politique avait pour résultat une inégalité fondée sur la citoyenneté dans l'accès à la protection sociale des enfants des travailleurs.

Outre ces aspects d'ordre politico-administratif, d'autres considérations de nature démographique, économique et socioculturelle ont contribué à retarder l'organisation du système de sécurité sociale et, ainsi, l'application des *Normes Minimales de la Convention n° 102* de l'Organisation Internationale du Travail (OIT), de 1952. Cet instrument recommande la garantie des moyens d'existence et de soins médicaux aux travailleurs et à leurs descendants, ainsi que la protection de la maternité, la prestation familiale<sup>9</sup> et l'assurance maladie.

Ce n'est qu'à partir des « Réformes de 1961 » que furent éliminées la coercition sur le travail indigène et l'inégalité sociale basée sur la citoyenneté. Le *Code du Travail Rural* réglementait la discipline du travail des ex-indigènes et consignait le droit à l'assistance médicale, la protection de la maternité et les consultations en cas de maladie. L'*Institut du Travail, Prévoyance et Action Sociale* fut ainsi créé. Il comprenait l'*Inspection du Travail* qui se chargeait de la réorganisation du travail et de la Prévoyance Sociale.

<sup>5</sup> *Constitution Politique de la République Portugaise*, promulguée le 21 mars 1961.

<sup>6</sup> Le *Décret-Loi no39 666*, de 1954, promulgue le *Statut de l'Indigénat en Angola, Mozambique et Guinée*, article 56 « De l'extinction de la condition d'indigénat et de l'acquisition de la citoyenneté ».

<sup>7</sup> *Statut de l'Indigénat en Angola, Mozambique et Guinée* : sont indigènes les individus de ces provinces de race nègre ou leurs descendants, nés ou y résidant habituellement, ne possédant pas encore le profil et les habits individuels et sociaux présumés pour une application intégrale du droit public et privé des citoyens portugais (article 2).

<sup>8</sup> *Statut de l'Indigénat en Angola, Mozambique et Guinée*, chapitre II- De la Situation Juridique des Indigènes, Section I- De l'Organisation Politique, article 23o : ne sont pas reconnus aux indigènes les droits politiques en relation avec les Institutions non indigènes.

<sup>9</sup> Le *Décret-Loi no 35 512* du 29 janvier 1944 institue la Prestation familiale.

## 4.2 Les politiques de santé

### 4.2.1 Cadre légal

La *Loi de Base de la Santé n° 21-B/92, du 27 octobre 1992*, révoque la Politique Nationale de Santé définie par la Loi n° 9/75 qui préconisait un service national de santé totalement gratuit. L'actuelle loi de base introduit un nouveau système de financement du service de santé, notamment la participation du secteur privé. Les enfants y sont définis comme un groupe à plus grand risque qui doit, pour cela, bénéficier de mesures spéciales.

Dans les *Principes Généraux*, il est établi que la protection de la santé constitue un droit pour les individus et la communauté, mais que les citoyens sont les premiers responsables pour leur santé individuelle et collective. Par conséquent, ils ont le devoir de la défendre et de la promouvoir.

Les *Orientations Générales de la Politique de Santé* prévoient, entre autres, l'articulation du système de santé avec les autres entités, notamment l'assistance sociale et la sécurité sociale, pour rendre effectifs les droits à la santé. La stratégie de la politique de santé est basée sur l'accès aux soins de santé primaire et stratifie le réseau national de santé en trois niveaux :

- le niveau primaire ;
- le niveau secondaire ;
- le niveau tertiaire.

Le *Décret n° 36/02 du 02 avril 2002* réglemente la co-participation de la population aux coûts de la santé. Il fixe le tableau des prix à pratiquer et stipule que tous les usagers des services d'assistance médico-sanitaire sont tenus de participer aux coûts.

En ce qui concerne les enfants, l'article 11, *Exemptions*, détermine que seuls les enfants de moins de 10 ans et les femmes enceintes sont dispensés du paiement des actes cliniques dans les Institutions Publiques dans les cas où ils se trouvent en situation d'urgence. Cette disposition ne semble pas adéquate étant donné les conditions de pauvreté dans lesquelles vit la majorité de la population, et dans la mesure où la mortalité est plus élevée au sein des familles les plus démunies (voir 3.2). Elle ne va pas dans le sens de la politique de santé qui définit les enfants comme étant un groupe à risque devant bénéficier de mesures spéciales. En outre, elle ne contribue pas à réduire les inégalités, fondées sur les revenus, dans l'accès aux soins de santé prénatals. Par conséquent, elle devrait être moins restrictive et s'harmoniser avec la politique d'assistance sociale préconisant la protection du droit à la vie qui commence dès la conception. A notre avis, ce décret risque d'augmenter le recours à des pratiques socio-religieuses nuisibles à la santé de l'enfant, ainsi qu'à des centres de santé non reconnus par le Ministère de la Santé.

### 4.2.2 Les ressources

L'analyse des budgets approuvés et utilisés dans le secteur de la santé, entre 1997 et 2001 (MINSa, 2002), révèle que :

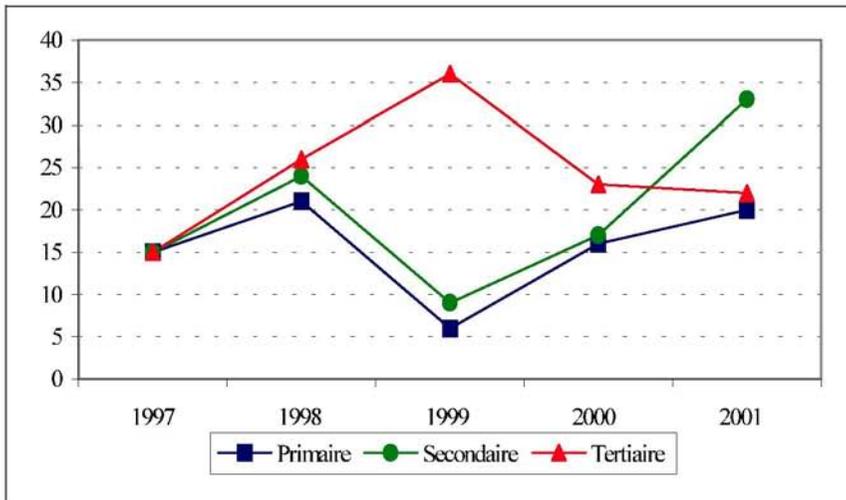
- Les *Programmes de Santé Publique* n'ont été incorporés dans le budget qu'en 1997. Le montant qui leur était attribué représentait près de 81% du total du budget. Au cours des années antérieures, l'absence de budget destiné à cette rubrique n'a pas contribué à la réduction des risques de mortalité, à en juger par les résultats peu satisfaisants (voir 3.1 et 3.2).
- La rubrique *Médicaments* n'a bénéficié d'un budget qu'en 1997. Suspendue durant quatre années, cette rubrique a été reconduite en 2001, passant de 2,2%, en 1997, à 3,8% du total du budget alloué à la santé en 2001. La carence en médicaments dans le pays et leur vente ambulante sont probablement attribuables à cette situation.

– Bien que le Ministère de la Santé ait défini comme priorité la lutte contre les endémies, le *Programme de Contrôle des Endémies* n'a été pris en compte dans le budget qu'en 2000 et 2001, où il représentait, respectivement, 3,1% et 5,0% du total du budget. Cela n'a pas permis de prendre en compte les objectifs établis dans la politique et la stratégie du secteur, notamment, renforcer la lutte contre la malaria, la tuberculose, la lèpre, le VIH/SIDA et la maladie du sommeil.

S'agissant des *Investissements*, jusqu'en 1998, ils ont eu un poids très faible dans le groupe de ressources de la santé. Ils y représentaient 5% en 1997 et 3% en 1998, relativement au total des ressources du secteur. En 1999 et 2000, ils ont connu une augmentation et représentaient 12% et 14%, respectivement, pour être ensuite revus à la baisse en 2001, en passant à 11%. Le poids des investissements dans le secteur de la santé en Angola était faible comparativement à ceux réalisés dans les secteurs publics de la santé des autres pays d'Afrique Australe, estimés à 12,9%, entre 1990 et 1996.

Le montant alloué au *Réseau Primaire* a toujours été inférieur à celui des hôpitaux provinciaux du pays. Durant la période 1997-2001, il n'a jamais atteint le quart du budget de la santé, excepté en 2001 où il se situait à 21% (graphique n° 4). Cette distribution budgétaire contredit la stratégie relative à la politique de santé axée sur les soins de santé primaires, ainsi que les priorités définies par le Ministère de la Santé qui préconise l'expansion du réseau primaire et la lutte contre les endémies.

GRAPHIQUE 4 : ÉVOLUTION DES NIVEAUX DE FRÉQUENTATION EN (%) SELON LE SECTEUR DE SANTÉ



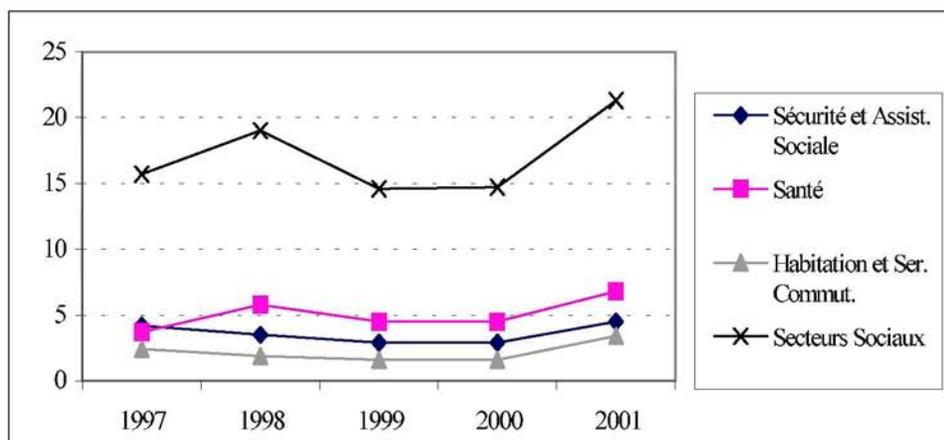
Source : Étude sur les Dépenses Publiques des Secteurs Sociaux. Luanda - 2002

Bien que la Loi de Bases de la Santé préconise l'articulation avec la Sécurité Sociale pour concrétiser les objectifs de santé, les enfants ne constituent pas une priorité dans le système de Sécurité Sociale. Le budget attribué à ces deux secteurs (Sécurité Sociale et Assistance Sociale) est passé de 4,2% en 1997 à 2,9% du total du budget général de l'État en 2000 (MEC, MINFI e MINSa, 2002).

Les secteurs sociaux n'ont pas constitué une priorité dans le budget de l'État dans la mesure où, durant la période analysée, celui-ci a privilégié le secteur de la défense. Cette situation s'est traduite par de faibles ressources financières allouées à ces secteurs qui, entre

1997 et 2001, n'ont même pas atteint le quart du total du budget de l'État (graphique n° 5). En outre, cela s'est traduit par une faible couverture matérielle des prestations familiales.

GRAPHIQUE 5 : POIDS DES SECTEURS SOCIAUX DANS LE BUDGET DE L'ÉTAT 1997-2001



Source : Étude sur les Dépenses Publiques des Secteurs Sociaux. Luanda – 2002

### Conclusion

Le Sommet Mondial pour les Enfants (1990) a fixé comme objectif la réduction de la mortalité infantile du tiers de son niveau entre 1990 et 2000. En Angola, cet objectif n'a pas été atteint. La mortalité infantile reste élevée, et se situe 16 % au-dessus de son niveau en 1990-1995<sup>10</sup>.

Une grande proportion de décès des enfants peut être évitée grâce des interventions sociales à coûts réduits ayant déjà fait leurs preuves dans d'autres pays.

L'analyse des politiques sociales adoptées a révélé que l'absence de progrès dans la survie des enfants n'est pas seulement due aux graves problèmes humanitaires que la population angolaise a connus. La faible implication de l'Etat dans les secteurs sociaux a également été déterminante, aux vues des faibles ressources qui leurs ont été affectés et qui n'ont pas permis de soutenir le développement des politiques. Par ailleurs, la privatisation du secteur de la santé a eu pour conséquence la détérioration de la qualité de prestation des services publics.

En outre, le manque de convergence dans la définition des priorités des actions du gouvernement n'a pas permis de réaliser les transformations sociales pouvant avoir un impact sur les risques de mortalité telles que : l'amélioration de l'alimentation, la réhabilitation et l'augmentation du réseau de captation et de fourniture d'eau, l'amélioration du réseau d'assainissement basique, ainsi que l'amélioration de l'accès aux soins de santé maternelle et infantile.

Soulignons également le manque de cohérence dans l'exécution de la politique de la santé, qui s'est traduit par l'allocation de ressources privilégiant le développement du réseau sanitaire de troisième niveau. La *culture hospitalière* a ainsi été renforcée (Hours, B., 2001) au détriment du réseau primaire.

L'amélioration de la survie de l'enfant implique que soient éliminés les facteurs sociaux de risque de mortalité. Pour cela, il est nécessaire que dans cette phase d'après guerre le

<sup>10</sup> Taux de mortalité infantile (1990-95) Angola = 126 ‰ (Bureaux du FNUAP, Angola).

développement social soit une priorité de l'État, à l'identique du principe adopté par certains pays européens après la Seconde Guerre mondiale, la prévoyance sociale étant l'objet principal de la politique interne de reconstruction (Marshall, T., 1965).

Pour atteindre l'*Objectif de Développement pour le Millénaire*, qui recommande, en matière de population, la réduction de la mortalité infantile de deux tiers jusqu'en 2015, et face aux résultats de cette étude, les chercheurs et tous ceux qui travaillent en faveur de l'enfance doivent approfondir la réflexion sur les objectifs des politiques sociales et leur exécution, notamment s'agissant des institutions qui doivent en assurer la mise en œuvre

## BIBLIOGRAPHIE

- AGÊNCIA GERAL DO ULTRAMAR, 1954, « Estatuto dos Indígenas Portugueses das Províncias da Guiné, Angola e Moçambique », *Decreto Lei n.º 39 66*.
- CUNHA, A., 1965, « Política do Trabalho e Promoção em Angola », Conferência proferida na Associação dos Antigos Estudantes de Coimbra em 12.05.65, in *Trabalho n.º 10*, pp. 77-89, Luanda.
- DECRETO LEI N.º 36/02 (DR. I Série, n.º 57 de 19 de Julho) *Regulamento de Participação da População nos Custodes da Saúde e a Tabela dos Preços a Praticar*, Luanda.
- DECRETO LEI N.º 21/92, *Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde*, DR. n.º 34 I Série de 28 de Agosto
- HOURS, Bernard, 2001, *Systèmes et Politiques de Santé – De la santé publique à l'anthropologie*, Éditions Karthala, 353p. (Médecines du Monde).
- IMPRESA NACIONAL DE ANGOLA, 1971, *Constituição da República Portuguesa*, Aprovada em Março de 1933, modificada pela Lei de 16 de Agosto de 1971, Luanda.
- INE/UNICEF, 1996., *Resultados do MICS 1996*, Luanda.
- INE/UNICEF, 2002, *Folha de Informação Rápida*, Resultados do Inquérito de Indicadores Múltiplos MICSII (2001) Abril, Luanda.
- MARSHALL, T.H., 1967, *Política Social*, Rio de Janeiro, Zahar Editores, 238p.
- MEC, MINFIN e MINSA, 2002, *Estudo sobre as Despesas Públicas nos sectores Sociais*, Esboço preliminar para o encontro técnico, Luanda, 96p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 2000, *Informação Estatística*. Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística, Luanda.
- MOREIRA, A., 1961, *Política Ultramarina*, Estudos de Ciências Políticas e Sociais, n.º 1 : 4ª edição, Junta de Investigação do Ultramar, Lisboa.
- MOSLEY, H., 1985., « Les soins de santé primaire peuvent-ils réduire la mortalité infantile ? Bilan des critiques de quelques programmes africains et asiatiques », in : *La lutte contre la mort – Influence des politiques sociales et des politiques de santé sur l'évolution de la mortalité* (Jaques Vallin et A.Lopez, Hugo Behm eds), Paris, INED/PUF, 541p. (Colloque international et séminaire n°3)
- MYERS, R., 1991, *Um Tempo para a Infância – Os programas de intervenção precoce no desenvolvimento infantil nos países em desenvolvimento*, Centro Unesco do Porto, Portugal, 152p.
- NGATCHOU DACKAM, R., 1985, *Aspects de la Mortalité Post-Infantile en Afrique Tropicale*, *Les annales de L'Iford*, n° 9, Yaoundé.

- OLIVEIRA, J. C., 1964, « Segurança Social, Aspectos da Evolução Histórica », in *Trabalho*, boletim do *Instituto de Trabalho Previdência e Acção Social*, n.º 1, pp. 141-145, Junho, Luanda
- REDINHA J., 1975 *Etnias e Culturas de Angola*, BCA, Luanda, 440p.
- SUAREZ-OJEDA, E, YUNES, J., 1985, « La mortalité infantile aux Amériques : effets des soins de santé primaires », in : *La lutte contre la mort – Influence des politiques sociales et des politiques de santé sur l'évolution de la mortalité* (Jaques Vallin et A.Lopez, Hugo Behm eds), Paris, INED/PUF, 541p. (Colloque international et séminaire n.º. 3)
- TAVARES, MARTINS, A, 1973, *Reflexões sobre Problemas da Infância Africana*, Instituto de Investigação Científica de Angola, 160p., Luanda.
- UNICEF, 2000, *A Situação Mundial da Criança*, Unicef, Brasil, 44p.
- UNICEF, 2003, *La situation des enfants dans le monde*, USA ,123p.