

MORBIDITÉ, MORTALITÉ : problèmes de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective.

Colloque international de Sinaia (2-6 septembre 1996)



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

AIDELF

Vitesse d'allongement de la vie, causes de décès en Afrique et en Asie et disparités entre villes et campagnes

Ferdinand NGUEYAP

IFORD, Yaoundé, Cameroun

Introduction

Au début des années 70 (Bucarest, 1974), l'on envisageait une vie moyenne à la naissance de 74 ans en l'an 2000 pour la population mondiale. Les études récentes (Meslé et al, 1995) suggèrent que la mortalité n'a pas diminué au rythme prévu et les dernières perspectives des Nations Unies font l'hypothèse d'une espérance de vie à la naissance de 70 ans en l'an 2000. Ce dernier seuil était d'ailleurs presque partout dépassé dans les pays développés en 1970. L'on attendait alors beaucoup de la diffusion des techniques de lutte et de prévention de la mort dans les autres régions du monde, régions où les résultats sont parfois en deçà des espoirs voire décevants, cas de l'Afrique bien qu'on ne le dise pas souvent. Il importe donc de porter un regard sur la configuration spatiale mondiale de la mortalité. Les disparités nord/sud sont bien connues mais les déséquilibres entre pays du sud ne sont pas souvent examinés. Pourtant cet examen est indispensable aux politiques sanitaires si l'on veut localiser les lieux où la baisse de la mortalité reste en dessous du calendrier voulu et dont le « retard justifie une assistance appuyée ». Cette approche régionale nous renseigne sur les contextes socio-économiques et sanitaires qui sont des facteurs fondamentaux de l'allongement de la vie.

Les Nations Unies ont désormais adopté de nouvelles hypothèses d'évolution de la mortalité pour leurs projections démographiques mondiales, en portant à 85 ans, au lieu de 77,5, le plafond vers lequel sont susceptibles de tendre les niveaux d'espérance de vie de tous les pays. Si ce plafond est discutable, avant la révision ce plafond était déjà dépassé par un nombre croissant de pays, il témoigne éloquentement d'une amélioration des conditions sanitaires et de l'allongement de la vie à l'échelle planétaire.

Pourtant les niveaux d'espérances de vie actuelles et ses rythmes d'évolution passés ne sont pas les mêmes pour tous les continents, les pays et les régions d'un même pays. En effet, les pays africains qui avaient presque les mêmes niveaux d'espérances de vie que les pays asiatiques au début des années 50, se trouvent aujourd'hui à la traîne, tandis que les pays asiatiques rattrapent et dépassent même certains pays développés. Quelle est la vitesse de cet allongement de vie ? A quel niveau d'espérance de vie observe-t-on une décélération ? En quoi cette évolution divergente de la mortalité, est-elle influencée par les politiques de santé ou des contextes économiques ?

Par ailleurs, des disparités apparaissent et s'accroissent entre villes et campagnes d'Afrique, au contraire de l'Asie, sans qu'il y ait vraiment un bouleversement spectaculaire de la structure des causes de décès. Qu'est-ce qui explique cette léthargie des campagnes qui semblent exclues des progrès les plus récents ?

S'appuyant sur les données publiées par les Nations Unies et les pays, cette communication évalue les différences de gains de vie et la structure morbide entre l'Afrique et l'Asie, et entre villes et campagnes. Elle aborde la vitesse et la décélération de l'allongement de la vie, et quelques facteurs explicatifs de cette diversité de situation, de ce fossé qui ne cesse de s'élargir entre ces continents et leur milieu de résidence.

1. Avantages et incertitudes des données des Nations Unies

Un nombre croissant de pays a fourni des efforts importants dans la connaissance des niveaux, tendances et différentiels de mortalité. Mais, dans la majorité des pays du sud, l'état-civil, fragmentaire lorsqu'il existe n'est pas fiable et même s'il l'était, il ne permettrait pas une approche explicative de la mortalité. Les recensements de population ne permettent au mieux qu'une estimation indirecte. Les enquêtes locales et les laboratoires de population, qui fournissent souvent des données de très bonne qualité, concernent souvent des échantillons non représentatifs. Toutefois, et bien qu'un programme d'enquêtes nationales de santé soit toujours attendu, les programmes internationaux des enquêtes de fécondité (EMF) et des enquêtes démographiques et de santé (EDS ou DHS) sont venus combler certaines absence et/ou lacune des données.

Les données des EMF et EDS sont meilleures que diverses sources nationales, peu comparables. Ce programme international d'enquêtes fournit des données qui permettent une certaine comparaison grâce à la standardisation des questionnaires, des manuels de travail et des procédures de contrôle et de correction des données. Les EDS concerneront à terme 28 pays africains et 10 asiatiques dont le nombre d'enquêtes réalisées variera entre 1 et 3. Lors de ces enquêtes, hélas comme dans la plupart des données, la « mortalité des adolescents, des adultes ou des personnes âgées demeure une belle inconnue ». Ces données seront néanmoins partiellement utilisées.

L'emploi des données des Nations Unies est indispensable pour couvrir l'ensemble de l'Asie et de l'Afrique. Elles répondent à cette problématique d'évaluation et de recherche d'explication de l'allongement de la vie dans l'espace et dans le temps du fait de leur représentativité nationale et de leur comparabilité internationale. Ces données ont aussi l'avantage de permettre la saisie de la dynamique du phénomène mortalité depuis une cinquantaine d'années (1950-1995), période suffisamment longue pour que les évolutions générales soient visibles et assez hétérogènes. Troisièmement, ces statistiques des Nations Unies couvrent l'éventail des contextes socio-sanitaires et économiques actuels et passés, dynamiques ou pas, régionaux ou non.

Au total ces données couvrent tous les pays africains et asiatiques et permettent de présenter les schémas de transition de mortalité pour une même période de référence mais, elles ne sont pas à l'abri des réserves. Il est probable que les expériences de mortalité, les schémas présentés reflètent surtout les hypothèses des experts chargés de les mettre en relief. Bien que de nombreuses données collectées ces dernières années aient permis d'« ajuster » les informations des Nations Unies, rien ne permet de croire que toutes données redressées par les modèles, méthodes qui posent plus ou moins de problèmes dans les sociétés en transition rapide comme celles d'Afrique et d'Asie, reflètent la réalité.

Au delà de cette incertitude générale, certains chiffres fournis sont très incertains surtout pour la période actuelle. Les évolutions entre 1980 et 1995 montrent des baisses de plus de 2 ans ou des situations de quasi-stagnation en Ouganda, Zambie, Zimbabwe et Zaïre, pays pour lesquels les experts des Nations Unies déclarent avoir tenu compte des effets négatifs de l'épidémie de Sida dans les pays les plus touchés (Nations Unies, 1993). On ne saura pas avant la fin des années 1990 ce qu'il en est réellement du Sida d'autant que la statistique démographique a toujours 5 à 10 ans de retard sur les faits. Certes, certains modèles, analysant la relation entre prévalence du Sida et mortalité, montrent que dans un pays africain doté d'une espérance de vie de 50 ans et ayant 1 % de séropositifs à 15 ans et plus, l'espérance de vie est réduite d'un an. A 5 % de prévalence l'espérance de vie recule de 5 ans et à 15 % elle chute à 36 ans. Mais on ne saurait trop dire l'importance des mesures de la prévalence du Sida et de son évolution. De nombreux chiffres circulent, parfois alarmants « mais on en connaît rarement la validité et encore moins la représentativité à l'échelle des populations entières. Jusqu'à

présent, au niveau national, l'effet sur la mortalité reste indécélable » (Vallin, 1994). Dans les pays durement touchés (?), Ouganda et Burundi, dit-on, une analyse comparée de la mortalité 0-5 ans à partir des EDS africaines ne révèle aucun ralentissement récent de la baisse en cours (Barbieri, 1993). Les prévalences les plus alarmantes fournies récemment n'ont aucune commune mesure avec la réalité, on ne peut concrètement évaluer la portée du Sida sur la mortalité avec des données fragmentaires et non représentatives.

Certes, depuis les années 1970 on assiste un peu partout à la décélération du déclin de la mortalité, mais les statistiques des Nations Unies sont très pessimistes pour l'Afrique qui est actuellement dans une situation d'incertitudes qui remet en cause certains schémas. Déjà les perspectives de la mortalité réalisées en 1984 par les Nations Unies pour la période 1990-95 ont été sous-estimées si l'on considère les niveaux de mortalité infantile fournis par les EDS. Nous avons essayé, sachant que l'allongement de la vie dans la plupart des pays du Tiers monde dépend de la baisse de la mortalité infantile (la proportion des décès de moins de 5 ans représente plus de 50 % de l'ensemble des décès), d'estimer l'espérance de vie à la naissance dans divers pays. Les vies moyennes à la naissance, en Afrique surtout, ont été largement sous-estimées. Rien ne permet de dire que les pays non inclus dans le programme EDS suivent une voie identique, mais les écarts sont très importants pour ne pas être pris en compte.

Au demeurant on ne peut avec les données des Nations Unies déterminer les niveaux de mortalité avec une parfaite exactitude. Les configurations spatiales de mortalité restent des estimations quinquennales qui retracent les tendances assez significatives.

2. Une vie de plus en plus longue à l'échelle planétaire

L'allongement de la vie a connu un grand essor en ce vingtième siècle, particulièrement après la deuxième guerre mondiale. Les pays du Tiers monde ont de plus en plus comblé leur retard par rapport aux pays développés. La vie moyenne à l'échelle planétaire devrait dépasser 65 ans. Le tableau 1 présente les espérances de vie selon les grandes régions du monde, au sens des Nations Unies, en 1950-55 et 1990-95, les gains de vie en 40 ans et la vitesse d'allongement de la vie. Jusqu'aux années 1950, l'espérance de vie dans le monde était inférieure à 50 ans; celle des pays développés (66,5 ans) était presque le double de celle des pays en développement (35,7 ans). Quatre décennies après, cet écart de 30,8 ans de vie entre pays du nord et du sud a légèrement diminué et n'est plus que de 23,2 ans, l'espérance de vie à la naissance se situant désormais à 64,4 ans à l'échelle mondiale, 74,4 pour les pays du nord et 51,2 ans pour ceux du sud. L'homme a gagné 18 ans de vie moyenne dans le monde, 7,9 ans dans les pays développés et pratiquement le double dans les pays en développement (15,5 ans). Mais, les disparités restent énormes. « La fin du Tiers-monde sanitaire » annoncée ne s'est donc pas réalisée. La hiérarchie des continents ou de groupes de pays a-t-elle été fondamentalement remise en cause durant ce demi-siècle ?

En 1950-55, on pouvait faire une distinction entre trois grands blocs selon la vie moyenne à la naissance : l'Europe (66,1 ans), l'Océanie (60,8 ans) et l'Amérique du Nord (69,0 ans) étaient les continents où l'espérance de vie à la naissance dépassait 60 ans; L'Afrique (37,8 ans) et l'Asie (41,3 ans), le Japon et les pays de l'ex-URSS, pris en compte ici, constituaient les continents où la vie moyenne était la plus faible. Entre ces deux groupes, se situait l'Amérique Latine avec ses 51,4 ans de vie moyenne. Dans chaque groupe la situation était hétérogène et les écarts de vie moyenne entre sous-continent pouvaient atteindre 9 ans (Amérique du Nord 69,0 ans/Europe du Sud 63,3 ans, Afrique de l'Ouest 35,6 ans/ Asie de l'Ouest 45,2 ans...). Les plus fortes disparités apparaissaient surtout entre l'Europe et l'Amérique du Nord d'un côté et l'Afrique et l'Asie de l'autre; la vie moyenne dans ces deux derniers continents est inférieure d'au moins 25 ans à celle des premiers cités.

TABLEAU 1 : ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE EN 1950-55 ET 1990-95, GAINS DE VIE ET VITESSES D'ALLONGEMENT DE LA VIE DE 1950 À 1995 SELON LES GRANDES RÉGIONS DU MONDE

Régions	Espérance de vie (années)		Gains de vie (années) de 1950-1990	V0/5ans*
	1950-55	1990-95		
Monde	46,4	64,4	18	2,25
Pays développés	66,5	74,4	7,9	0,99
Pays en développement	35,7	51,2	15,5	1,94
Europe	66,1	72,9	6,8	0,85
Europe de l'Est	65,5	68,9	3,4	0,43
Europe du Nord	69,2	75,7	6,5	0,81
Europe du Sud	63,3	76,2	12,9	1,61
Europe de l'Ouest	67,6	76,5	8,4	1,05
Amérique Latine	51,4	68,5	17,1	2,14
Amérique du Nord	69,0	76,1	7,1	0,89
Océanie	60,8	72,8	12,0	1,50
Afrique	37,8	53,0	15,2	1,90
Afrique de l'Est	36,3	49,7	13,4	1,68
Afrique Centrale	36,0	51,3	15,3	1,91
Afrique du Nord	41,8	62,2	20,4	2,55
Afrique du sud	44,2	62,6	18,4	2,30
Afrique de l'Ouest	35,6	49,8	14,2	1,78
Asie	41,3	64,5	23,2	2,90
Asie de l'Est	42,9	69,7	28,8	3,35
Asie du Sud-ouest	39,3	60,3	21,0	2,63
Asie du Sud-est	40,5	63,6	23,1	2,89
Asie de l'Ouest	45,2	66,5	21,3	2,66

Source : Nations Unies, 1994;

* Vo/5ans = Vitesse moyenne d'allongement de la vie en 5 ans durant la période de référence

Aujourd'hui l'éventail s'est légèrement resserré. Aux 76,1 ans, 72,9 ans, 72,8 ans d'espérance de vie à la naissance de l'Amérique du Nord, de l'Europe et de l'Océanie s'opposent toujours les 53 ans et 64,5 ans de vie moyenne en Afrique et en Asie. L'Amérique Latine se situe toujours à un niveau intermédiaire avec 68 ans. Si la hiérarchie n'a pas été remise en cause, les pays du sud ont fortement contribué à l'augmentation de la vie à l'échelle planétaire. Des 25 à 30 ans d'écart de vie moyenne entre le groupe Afrique/Asie et celui d'Europe/Amérique du Nord, on arrive en 1990-95 à des écarts variant entre 8 et 25 ans. Soit 11,6 et 8,4 ans entre respectivement l'Asie et l'Amérique du Nord et l'Asie et l'Europe, puis 23,1 et 19,9 ans entre respectivement l'Afrique et l'Amérique du Nord et l'Afrique et l'Europe. Pour la période 1950-55 ces écarts étaient de 31,2 (Afrique-Amérique du Nord) et 27,7 ans (Asie-Amérique du Nord) puis 28,3 (Afrique-Europe) et 24,8 ans (Asie-Europe).

Ce resserrement, dont on ne doit pas vanter trop vite l'importance, dépend des évolutions observées. En termes de gains de vie, la situation est inverse à celle décrite ci-dessus. La vitesse d'allongement de la vie, notée V0 en 5 ans est la dérivée première de la droite $e0 = ax + b$ dans laquelle x est la période quinquennale entre 1950-55 et 1990-95,

nous renseigne mieux sur les situations en présence. Pendant 40 ans, la vitesse d'allongement de la vie a été en moyenne de 2,25 ans tous les 5 ans dans le monde, 0,99 ans dans les pays développés, 1,94 dans l'ensemble du Tiers-monde. La vie a augmenté de 0,85 ans tous les 5 ans en Europe, 0,89 ans en Amérique. L'Océanie (1,5 ans) et l'Afrique (1,9 ans) constituent le groupe intermédiaire. L'Amérique Latine (2,14 ans) et l'Asie (2,9 ans) sont les continents qui ont beaucoup contribué à l'allongement de la vie à l'échelle planétaire. Si on vit de plus en plus longtemps dans le monde, les chances de survie ne sont pas les mêmes partout : les rythmes de progrès n'ont pas été uniformes. L'allongement de la vie peut-être très rapide, lent, stagnant. On peut même observer une décélération (fait tout de même exceptionnel bien qu'on signalât des pertes d'un à deux ans d'espérance de vie ça et là, Russie, Ouganda, ...).

L'allongement de vie le plus spectaculaire est celui qu'avait connu le Sri Lanka; avec la campagne de DDT contre la paludisme et son agent vecteur, l'espérance de vie y est passée de 42 à 54 ans entre 1946 et 1948. Soit un gain de vie de 12 ans ou une vitesse de 4 ans de vie moyenne l'an⁽¹⁾. Bien que les vitesses du tableau 1 soient plus modestes, cet indicateur permet de déceler les accélérations et les décélérations. Comme le notaient déjà Meslé et Vallin (1995), la progression ou la vitesse d'allongement de la vie a été plus forte dans les sous régions qui avaient déjà franchi le seuil de 40 ans de vie moyenne mais restaient en dessous de 55 ans. Dans ce cas, la vitesse d'allongement de la vie est au moins égale à 2 ans tous les 5 ans. Cette *progression rapide* a été observée en Asie (2,9 ans), en Afrique du Nord (2,55 ans), en Afrique Australe (2,3 ans) et en Amérique Latine (2,14 ans) qui avait déjà dépassé 50 ans d'espérance de vie en 1950-55. L'Asie du sud-est a été la plus dynamique avec un gain de 3,35 ans de vie moyenne tous les 5 ans depuis 1950.

La vitesse d'allongement de la vie a atteint entre 1,5 ans et 2 ans en moyenne tous les 5 ans dans les régions où la vie moyenne était inférieure à 40 ans ou comprise entre 55 et 65 ans en 1950-55. Cette *lente progression* concerne l'Afrique de l'Est (1,68 ans), centrale (1,91 ans), et de l'ouest (1,78 ans), l'Europe du sud (1,61 ans) et l'Océanie (1,5 ans). Le dernier groupe est constitué des régions où la vitesse d'allongement de la vie a été proche ou inférieure à un an en moyenne tous les 5 ans. Cette *stagnation* de la vie moyenne est l'apanage des régions où l'espérance de vie était déjà élevée et se situait au dessus de 65 ans; dans ce groupe figurent l'Europe de l'ouest (1,05 ans) qui a été plus dynamique, l'Amérique du nord (0,89 ans), l'Europe du nord (0,81 ans) et de l'est (0,43 ans).

Avant d'aborder les facteurs explicatifs de cette diversité de situation, *il apparaît qu'au départ les faibles espérances de vie (inférieures à 40 ans) progressent lentement. Dès qu'on se situe entre 40 et 55 ans de vie moyenne, les progrès de l'espérance de vie s'accroissent. La décélération s'observe à partir de 55 ans et un véritable ralentissement ou une stagnation apparaît à partir de 65 ans d'espérance de vie. Le schéma de la transition de la mortalité fait donc ressortir une période de progression difficile, puis une progression plus rapide, une progression lente et enfin une période de quasi-stagnation.*

Revenons au cas africain et asiatique. Au début des années 1950, ces deux continents se situaient dans le groupe des régions à faible espérance de vie. Le différentiel de vie moyenne entre ces deux continents était de 3,5 ans. Aujourd'hui du fait des différences d'évolution, il atteint 11,5 ans. Tandis que la vie moyenne en Asie de l'est (69,7 ans) dépasse celle de l'Europe de l'est (68,9 ans) en 1990-95, les régions africaines ont à peine celle de l'Amérique Latine en 1950-55 ! Les disparités sont encore énormes quand on y regarde de plus près.

⁽¹⁾ Source : Bulletin de Démographie des Nations Unies, n° 6.

3. L'accentuation des écarts entre l'Afrique et l'Asie

a) Les différences de niveaux de mortalité

Le tableau 2 présente l'espérance de vie à la naissance en 1950-55 et 1990-95 et les gains entre ces deux dates dans les pays africains et asiatiques de plus de 5 millions d'habitants en 1995. En 1950-55 l'espérance de vie en Afrique (37,8 ans) était inférieure à 40 ans mais la situation n'était pas homogène : de 30 ans en Angola à 45 ans en Afrique du sud, on avait une grande diversité de situation. Même si aucune région n'avait une espérance de vie à la naissance inférieure à 35 ans et si l'Afrique du Nord (41,8 ans) et australe (44,2 ans) étaient mieux loties, on peut y distinguer trois groupes de pays :

– *Des pays à vie moyenne très faible, inférieure à 35 ans*; ils se retrouvent dans presque toutes les régions d'Afrique sauf l'Afrique australe et septentrionale. Ce groupe représente 31,2 % de l'échantillon et comprend : l'Éthiopie (32,9 ans), le Mozambique (33,5), la Somalie (33), l'Angola (30), le Tchad (32,5), le Bénin (32,5), le Burkina Faso (33,2), la Guinée (31), le Mali (32,5) et le Niger (33 ans).

– *Des pays à espérance de vie comprise entre 35 ans et 40 ans*. Ils représentent 34,3 % de l'échantillon de pays africains retenus et sont plus nombreux en Afrique de l'est, occidentale et centrale. Il n'en existe pas un seul en Afrique du nord et australe. Le cas du Soudan est exceptionnel et montre bien que ce pays est davantage un pays d'Afrique sub-saharienne que du nord.

– Le dernier groupe est celui des pays ayant au moins 40 ans de vie moyenne en 1950-55. Ce sont les pays d'Afrique du nord - Algérie (43,1), Égypte (42,4), Libye (42,9), Maroc (42,9), Tunisie (44,6) - l'Afrique du sud (45), le Zimbabwe (41,5), l'Ouganda (40), le Rwanda (40), le Kenya (40,9), et le Ghana (42).

En Asie, la vie moyenne était de 41,3 ans et, si l'on exclut le Japon, le Kazakhstan, le Tadjikistan, l'Ouzbékistan, la Géorgie et l'Azerbaïdjan qui faisaient (ont toujours fait) partie du monde développé, variait entre 31,6 ans en Afghanistan et 65 ans en Israël. Il existait dans cette région du monde des pays qui avaient déjà des espérances de vie avancées : Israël (65,4 ans) et Hongkong (61 ans). On devra en tenir compte dans la diffusion de certaines techniques sanitaires; ce sont probablement des *pôles de développement sanitaire*.. Reprenons notre classement et faisons les constats suivants :

– Deux pays seulement, l'Afghanistan (31,6 ans) et le Yémen (32,1 ans) avaient une vie moyenne inférieure à 35 ans soit 8 % des pays asiatiques retenus, peuplés ou relativement peuplés.

– L'Arabie Saoudite (39,9), Myanمار (36,9), l'Indonésie (37,5), le Cambodge (39,4), le Pakistan (38,9), le Népal (36,3) et Inde (38,7) appartenaient au groupe de pays ayant entre 35 et 40 ans de vie moyenne, soit 32 %.

– Les pays dont l'espérance de vie dépassait 40 ans étaient plus nombreux en Asie du sud-est et de l'est (Chine 40,8, Corée du nord et du sud 47,5 ans, Vietnam 40,4, Thaïlande 47, Philippines 47,5, Malaisie 48,5), en Asie occidentale (Turquie 43,6, Syrie 46, Jordanie 43,2 et Irak 44) et moins en Asie centrale (Sri Lanka 56,6 et Iran 46,1). Ces pays représentent 60 % des pays asiatiques retenus.

TABLEAU 2 : ESPÉRANCE DE VIE A LA NAISSANCE EN 1950-55 ET 1990-95
ET GAINS DE VIE ENTRE 1950 ET 1995 DANS LES PAYS D'AFRIQUE ET D'ASIE
DE PLUS DE 5 MILLIONS D'HABITANTS

Régions et pays	Population 1995 en milliers d'hab.	Espérance de vie (années)		Gains de vie (années) de 1950-1990
		1950-55	1990-95	
<i>Asie</i>	-	41,3	64,5	23,2
<i>Asie de l'Est</i>	-	42,9	69,7	26,8
Chine	1 221 462	40,8	68,5	27,7
Corée du Nord	23 917	47,5	71,1	23,6
Hongkong	5 865	61,0	78,6	17,6
Japon	125 095	63,9	79,5	15,6
Corée du Sud	44 995	47,5	71,1	23,6
<i>Asie du Sud Centrale</i>	-	39,3	60,3	21,0
Afghanistan	20 141	31,6	43,6	12,0
Bangladesh	120 433	36,6	55,6	19,0
Inde	935 744	38,7	60,4	21,7
Iran	67 283	46,1	67,5	21,4
Kazakhstan	17 111	56,5	69,6	13,1
Népal	21 918	36,3	53,5	17,2
Pakistan	140 497	38,9	61,5	22,6
Sri Lanka	18 354	56,6	71,9	15,3
Tadjikistan	6 101	55,7	70,2	14,5
Ouzbékistan	22 843	56,4	69,2	12,8
<i>Asie du Sud-est</i>	-	40,5	63,6	23,1
Cambodge	10 251	39,4	51,6	12,2
Indonésie	197 588	37,5	62,7	25,2
Malaisie	20 140	48,5	70,8	22,3
Myanmar	46 527	36,9	57,6	20,7
Philippines	67 581	47,5	66,3	18,8
Thaïlande	58 791	47,0	69,0	22,0
Vietnam	74 545	40,4	65,2	24,8
<i>Asie Occidentale</i>	-	45,2	66,5	21,3
Azerbaïdjan	7 558	61,3	70,6	9,3
Géorgie	5 457	61,5	72,8	11,3
Irak	20 449	44,0	66,0	22
Israël	5 629	65,4	76,5	11,1
Jordanie	5 439	43,2	67,9	24,7
Arabie Saoudite	17 880	39,9	69,7	19,8
Syrie	14 661	46,0	67,1	21,1
Turquie	61 945	43,6	66,5	22,9
Yémen	14 501	32,1	50,2	18,1

Régions et pays	Population 1995 en milliers d'hab.	Espérance de vie (années)		Gains de vie (années) de 1950-1990
		1950-55	1990-95	
<i>Afrique</i>	-	37,8	53,0	15,2
<i>Afrique de l'Est</i>	-	36,3	49,7	13,4
Burundi	6 393	39,0	50,2	11,2
Éthiopie	55 053	32,9	47,5	14,6
Kenya	28 261	40,9	55,7	14,8
Madagascar	14 763	37,7	56,5	18,8
Malawi	11 129	36,2	45,6	9,4
Mozambique	16 004	33,5	46,4	12,9
Rwanda	7 952	40,0	47,3	7,3
Somalie	9 250	33,0	47,0	14,0
Ouganda	21 297	40,0	44,9	4,9
Tanzanie	29 685	37,0	52,1	15,1
Zambie	9 456	37,8	48,9	11,1
Zimbabwe	11 261	41,5	53,7	12,2
<i>Afrique Centrale</i>	-	36,0	51,3	15,3
Angola	11 072	30,0	46,5	16,5
Cameroun	13 233	36,0	56,0	20,0
Tchad	6 361	32,5	47,5	15,0
Zaïre	43 901	39,1	52,0	12,9
<i>Afrique du Nord</i>	-	41,8	62,2	20,4
Algérie	27 939	43,1	67,1	24,0
Égypte	62 931	42,4	63,6	21,0
Libye	5 407	42,9	63,1	20,2
Maroc	27 028	42,9	63,3	20,4
Soudan	28 098	37,6	53,0	15,4
Tunisie	8 896	44,6	67,8	23,2
<i>Afrique Australe</i>	-	44,2	62,6	18,4
Afrique du Sud	41 465	45,0	62,9	17,9
<i>Afrique occidentale</i>	-	35,6	49,8	14,2
Bénin	5 409	32,5	47,6	15,1
Burkina Faso	10 319	33,2	47,4	14,2
Côte d'Ivoire	14 253	36,0	51,0	15,0
Ghana	17 453	42,0	56,0	14,0
Guinée	6 700	31,0	44,5	13,0
Mali	10 795	32,5	46,0	13,5
Niger	9 151	33,0	46,5	13,5
Nigeria	111 721	36,5	50,4	13,9
Sénégal	8 312	36,5	49,3	12,8

Source : Nations Unies, 1994

En 1990-95, 40 ans plus tard, l'espérance de vie à la naissance est de 53 et 64,5 ans en Afrique et en Asie. Fixons nous des seuils de 55 ans et 65 ans d'espérances de vie, seuils qui nous renseignent sur la situation actuelle et le potentiel de progression future :

- 68,8 % des pays africains n'ont pas encore atteint 55 ans d'espérance de vie, seuil au dessous duquel les progrès de l'espérance de vie sont plus rapides. Ces pays sont ceux de l'Afrique centrale, de l'est et occidentale. La situation du Soudan est exceptionnelle en Afrique du Nord. La situation la plus défavorable est celle de la Guinée (44,5 ans) tandis que sur les 22 pays africains de ce groupe, 6 (Tanzanie 52,1, Zimbabwe 53,7, Nigeria 50,4, Zaïre 52, Soudan 53 et Côte d'Ivoire 51 ans) ont plus de 50 ans de vie moyenne. Le potentiel d'augmentation de la vie moyenne est probablement encore fort en Afrique. Dans l'ensemble de l'Asie, l'Afghanistan (43,6 ans), fait exceptionnel car tous les autres pays, en dessous de 55 ans, ont plus de 50 ans de vie moyenne. Ils représentent 12,9 % des pays asiatiques analysés.

- Le deuxième groupe est celui de quelques pays africains qui se situent entre 55 et 65 ans d'espérance de vie. Ils sont pour la plupart en Afrique du Nord (Égypte 63,6, Libye 63,1, Maroc 63,3). L'Afrique du sud (62,9), le Ghana (56), le Kenya (55,7), Madagascar (56,5) et le Cameroun (56) appartiennent aussi à ce groupe qui représente 25 % des pays africains. En Asie, seuls 2 pays (6,5 %) Myanmar (57,6) et le Bangladesh (55,6) font partie de ce groupe.

- Le troisième groupe est celui des pays où l'espérance de vie dépasse 65 ans. L'essentiel des pays asiatiques (71 %) s'y concentre. Parmi ces 22 pays, les deux Corées, le Sri Lanka, le Tadjikistan, la Malaisie, Israël, l'Azerbaïdjan et la Géorgie ont une vie moyenne supérieure à 70 ans. En Afrique, seules la Tunisie (67,8 ans) et l'Algérie (67,1 ans), ont dépassé les 65 ans de vie moyenne (soit 6,5 % des pays africains retenus).

Les résultats présentés suggèrent des écarts en accentuation entre l'Afrique et l'Asie (et le reste du monde) et une progression potentielle rapide à venir en Afrique. Que se produira-t-il demain en Afrique ? Pour le dire, il faudrait observer la situation de ces dernières années. Des schémas régionaux et sous-régionaux de mortalité apparaissent : Afrique du Nord, du sud, Asie à faible mortalité; Afrique de l'est, occidentale et centrale à mortalité forte ou moyenne. De nombreux cas se dégagent de ces modèles régionaux, sont-ce des anomalies ou de véritables dynamiques de mortalité dont il faut chercher les facteurs explicatifs ?

b) L'évolution de la mortalité : une baisse différenciée.

De 1950-55 à 1990-95 l'Afrique et l'Asie ont gagné 15,2 et 26,8 ans d'espérance de vie. Si les gains de vie ont été plus importants en Asie, il y a eu homogénéité des situations ou au contraire une accentuation des disparités au sein des groupes ? Comment ont évolué les pays qui avaient déjà plus de 40 ans de vie moyenne au début de la période ? Que se passe-t-il pour les pays africains atteignant ce seuil ? Les gains de vie entre 1950-55 et 1990-95, les gains selon les périodes quinquennales et décennales (tableaux 3 et 4) et la vitesse d'allongement de la vie ont été analysés.

Prenons la progression du Japon, celle de Hongkong est tout aussi intéressante, assez exceptionnelle car on s'attendait logiquement à une décélération voire une stagnation de la vie moyenne dans ce pays qui était déjà en 1950-55 de 63,9 ans c'est-à-dire en plein dans la phase des progrès moins rapides. La vitesse d'allongement de la vie dans ce pays est de 1,95 ans en moyenne tous les 5 ans. En deçà de ce seuil on considérera que la progression est très lente et en dessus rapide à très rapide, progression qui devrait logiquement être celle des pays considérés.

TABLEAU 3 : GAINS DE VIE PAR DÉCENNIE ET VITESSE D'ALLONGEMENT DE LA VIE (EN ANNÉES) ENTRE 1950 ET 1995 DANS LES PAYS D'AFRIQUE ET D'ASIE DE PLUS DE 5 MILLIONS D'HABITANTS

Régions et pays	1950/55 1960/65	1960/65 1970/75	1970/75 1980/85	1980/85 1990/95	V0/5ans 1950-1990
<i>Asie</i>	7,1	7,9	4,1	4,1	2,90
<i>Asie de l'Est</i>	8,5	12,8	3,1	2,1	3,35
Chine	8,7	13,7	3,4	1,9	3,46
Corée du Nord	7,7	6,3	6,2	3,4	2,95
Hongkong	6,6	4,4	3,4	3,2	2,20
Japon	5,1	4,3	3,6	2,6	1,95
Corée du Sud	7,7	7,5	3,3	5,2	2,95
<i>Asie du Sud Centrale</i>	6,2	4,6	5,0	5,2	2,63
Afghanistan	2,2	4,0	2,5	3,0	1,50
Bangladesh	4,0	4,3	4,6	6,1	2,38
Inde	6,7	4,9	5,1	5,0	2,71
Iran	4,7	5,1	4,7	6,9	2,68
Kazakhstan	4,2	3,4	2,5	3,7	1,64
Népal	2,8	4,2	5,0	5,2	2,15
Pakistan	6,1	5,6	4,6	5,3	2,83
Sri Lanka	6,9	1,5	4,1	2,8	1,91
Tadjikistan	4,1	3,6	2,5	4,3	1,81
Ouzbékistan	4,2	3,5	2,5	2,6	1,60
<i>Asie du Sud-est</i>	5,9	5,4	6,3	5,5	2,89
Cambodge	4,0	-2,1	6,3	5,0	1,53
Indonésie	5,0	6,8	6,9	6,5	3,15
Malaisie	7,2	7,3	5,0	2,8	2,79
Myanmar	8,1	4,8	2,4	5,2	2,59
Philippines	7,0	3,3	4,1	4,4	2,35
Thaïlande	6,9	5,7	5,4	4,0	2,75
Vietnam	5,0	4,9	8,5	6,4	3,10
<i>Asie Occidentale</i>	6,9	5,8	4,6	4,0	2,66
Azerbaïdjan	4,1	3,6	-0,6	2,2	1,16
Géorgie	4,1	3,6	1,5	2,8	1,41
Irak	6,0	7,0	5,4	3,6	2,75
Israël	4,0	2,2	2,8	2,1	1,39
Jordanie	5,2	8,4	6,0	4,9	3,09
Arabie Saoudite	6,0	8,0	8,7	7,0	3,73
Syrie	5,0	6,0	5,5	4,6	2,64
Turquie	8,5	5,8	4,4	4,3	2,86
Yémen	5,0	5,0	4,0	4,1	2,26

Régions et pays	1950/55 1960/65	1960/65 1970/75	1970/75 1980/85	1980/85 190/95	V0/5ans 1950-1990
<i>Afrique</i>	4,2	4,0	3,4	3,6	1,90
<i>Afrique de l'Est</i>	4,4	4,1	2,1	2,8	1,68
Burundi	3,0	2,0	3,9	2,3	1,40
Éthiopie	4,0	4,1	-1,1	7,6	1,83
Kenya	5,0	5,1	5,0	-0,3	1,85
Madagascar	4,0	4,8	5,0	5,0	2,35
Malawi	2,2	2,6	4,0	0,6	1,18
Mozambique	5,0	4,0	2,0	1,9	1,61
Rwanda	3,0	1,6	1,9	0,8	0,91
Somalie	4,0	4,0	2,0	5,0	1,75
Ouganda	4,0	2,5	1,0	-2,6	0,61
Tanzanie	4,7	4,8	4,5	1,1	1,89
Zambie	5,0	4,5	4,1	-2,5	1,39
Zimbabwe	5,0	5,0	4,4	-2,2	1,53
<i>Afrique Centrale</i>	3,6	4,3	4,2	3,2	1,91
Angola	4,0	4,0	4,0	4,5	2,06
Cameroun	4,5	5,3	5,2	5,0	2,50
Tchad	3,0	3,5	4,0	4,5	1,88
Zaïre	2,9	4,1	3,9	2,0	1,61
<i>Afrique du Nord</i>	4,5	5,0	5,3	5,6	2,55
Algérie	5,2	6,2	6,0	6,6	3,00
Égypte	5,0	4,7	4,5	7,0	2,63
Libye	5,0	5,0	5,4	4,8	2,53
Maroc	5,0	5,0	5,3	5,1	2,55
Soudan	2,1	4,0	5,5	3,8	1,93
Tunisie	5,0	6,0	7,5	4,7	2,90
<i>Afrique Australe</i>	5,1	4,1	4,2	5,0	2,30
<i>Afrique du Sud</i>	5,0	3,9	4,0	5,0	2,24
<i>Afrique occidentale</i>	3,8	3,4	3,3	3,7	1,78
Bénin	3,5	4,0	4,0	3,7	1,89
Burkina Faso	4,0	4,0	3,9	2,3	1,78
Côte d'Ivoire	4,4	5,0	5,0	0,6	1,88
Ghana	4,0	4,0	2,0	4,0	1,75
Guinée	3,3	3,0	3,2	4,0	1,63
Mali	3,0	3,0	3,5	4,0	1,69
Niger	3,0	3,0	3,5	4,0	1,69
Nigeria	4,0	3,0	3,0	3,9	1,74
Sénégal	1,0	2,8	5,0	4,0	1,60

Source des données de base : Nations Unies, 1994

TABLEAU 4 : GAINS DE VIE (EN ANNÉES) PAR PÉRIODE QUINQUENNALE ENTRE 1950 ET 1995 SELON LES GRANDES RÉGIONS D'AFRIQUE ET D'ASIE

Régions	1950/55	1955/60	1960/65	1965/70	1970/75	1975/80	1980/85	1985/90
	1955/60	1960/65	1965/70	1970/75	1975/80	1980/85	1985/90	1990/95
Asie	3,6	3,5	5,2	2,7	2,1	2,0	2,1	2,0
Asie de l'Est	3,8	4,7	9,1	3,7	2,2	1,2	0,6	1,5
Asie du Sud Centrale	3,5	2,7	2,5	2,1	2,5	2,5	2,8	2,4
Asie du Sud-est	3,1	2,8	2,8	2,6	2,9	3,4	3,2	2,3
Asie Occidentale	3,6	3,3	2,8	3,0	2,6	2,0	2,2	1,8
Afrique	2,1	2,1	2,0	2,0	1,9	1,5	2,3	1,3
Afrique de l'Est	2,2	2,2	2,2	1,9	1,6	0,5	2,4	0,4
Afrique Centrale	1,8	1,8	2,1	2,2	2,2	2,0	2,1	1,1
Afrique du Nord	2,3	2,1	2,5	2,5	2,6	2,7	3,3	2,3
Afrique Australe	3,0	2,1	2,1	2,0	2,2	2,0	2,5	2,5
Afrique occidentale	1,1	1,9	1,7	1,7	1,6	1,7	1,9	1,8

Source des données de base : Nations Unies 1994

- Pendant 40 ans, 75 % de pays n'ont pas pu gagner 15,6 ans de vie soit l'ensemble des pays de l'Afrique occidentale, le Soudan, le Tchad et le Zaïre en Afrique centrale, 10 sur 11 pays de l'Afrique de l'est. Les progressions de l'espérance de vie avaient une vitesse inférieure à 1,95 ans en moyenne tous les 5 ans. En Asie la Géorgie (11,3), l'Azerbaïdjan (9,3), le Cambodge (12,2), Sri Lanka (15,3), le Tadjikistan (14,5), l'Ouzbékistan (12,8), le Kazakhstan (13,1) et l'Afghanistan (12 ans) sont les seuls pays, 25 % des pays asiatiques retenus, dont l'espérance de vie a progressé lentement. Il ne pouvait d'ailleurs en être autrement, à l'exception du Cambodge et de l'Afghanistan, car ces pays avaient déjà atteint des espérances de vie avancées et connaissaient déjà une décélération des rythmes de progression au début de la période de référence.

- La progression rapide de la vie moyenne correspond aux pays ayant connu des gains entre 15,6 et 24 ans durant la période considérée. Il s'agit de la plupart (51 %) des pays d'Asie. En Afrique cette forte vitesse d'allongement de la vie concerne 18,8 % des pays retenus notamment l'Égypte (21,0), la Libye (20,2), le Maroc (20,4), la Tunisie (23,2), l'Afrique du sud (17,9) et le Cameroun (20 ans).

- La progression très rapide correspond à un gain de vie d'au moins 24 ans ou une vitesse d'allongement de la vie au moins égale à 3 ans tous les 5 ans. Un seul pays africain, l'Algérie (24 ans), appartient à ce groupe composé de 5 pays asiatiques : Arabie Saoudite (29,8), Jordanie (24,7), Vietnam (24,8), Chine (27,7) et Indonésie (25,2 ans). La vitesse de progression de l'espérance de vie dans ces pays a atteint 3,73 ans en Arabie Saoudite soit plus que la Chine (3,35 ans), pays qui a connu une augmentation exceptionnelle de l'espérance de vie sur une longue période. Suivent l'Indonésie (3,15), le Vietnam (3,1), la Jordanie (3,09) et l'Algérie (3 ans). Trois des 6 pays sont arabes et pétroliers. Chose importante, certains pays qui ont connu une progression rapide à très rapide avaient des vies moyennes inférieures à 40 ans en 1950-55 (Cameroun, Arabie Saoudite, Pakistan, Inde...). L'évolution de l'espérance de vie et ses rythmes de progression ne sont pas seulement une conséquence des actions sanitaires.

Revenons aux tableaux 3 et 4, ils suggèrent que les gains de vie des périodes quinquennales et décennales présentées sont plus élevés en Asie qui a déjà amorcée sérieusement une décélération. L'essentiel s'est réalisé entre 1950-55 et 1970-75 en Asie, particulièrement en Asie de l'Est. La décélération est aussi significative en Asie occidentale

mais les progrès rapides sont encore perceptibles en Asie du sud-ouest et sud-est. Ces régions gagnent encore plus de 5 ans de vie tous les 10 ans. A côté de ces gains exceptionnels, la vie moyenne en Chine a augmenté de 10,1 ans entre 1960-65 et 1965-70, la situation de l'Afrique est moins dynamique. Ici, les progrès sont moins spectaculaires, l'Afrique australe et septentrionale ont cependant des gains de vie de plus de 5 ans en 10 ans. Pour le reste les gains sont plus faibles et varient entre 2 à 4 ans tous les 10 ans. Chose assez significative, même les pays africains où les vies moyennes sont au moins égales à 40 ans, ont des gains en deçà des grandes prouesses asiatiques. Et, l'on assiste partout à un fléchissement des gains de vie sauf en Afrique occidentale et septentrionale. Ces tendances masquent des situations très diverses, une des clés de la compréhension de cette diversité est l'évaluation de la situation morbide.

4. Morbidité et disparités sanitaires urbaines-rurales

Cette évolution divergente de la mortalité entre l'Afrique et l'Asie est difficile à comprendre et à expliquer. Une des clés consiste à analyser les incidences, les causes de décès et les contextes de dégradation ou d'amélioration de la santé. Faute de données, nous utilisons les causes de décès infantiles, la mortalité infanto-juvénile représentant souvent plus de 50 % des décès dans les pays à faible espérance de vie, et les maladies de l'enfance, fournies par les EDS là où elles sont disponibles. Pour certains pays en fin de transition, nous utiliserons les statistiques des Nations Unies.

a) La structure morbide

Selon la théorie, l'allongement de la vie s'accompagne de changements profonds de la structure par âge de la mortalité et des causes de décès qui sont encore mal connues dans de nombreux pays africains et asiatiques en raison du manque ou de la qualité approximative des données. Les maladies diarrhéiques et infectieuses cèdent normalement la place à des maladies cardiaques, cérébro-vasculaires ou tumorales quand l'espérance de vie augmente au delà de 60 ou 65 ans. La structure morbide doit changer avec l'allongement de la vie.

Les maladies infectieuses et parasitaires constituaient la principale cause de décès en Afrique, comme elles l'avaient été en Europe. Depuis Pasteur la médecine ne cesse d'aller de succès en triomphes sur ces maladies qui représentaient encore 30 % des décès enregistrés au Ghana, 60 % à Madagascar avant les années 1980 (Waltisperger, 1988). Parmi ces causes, les maladies diarrhéiques, la rougeole, les infections respiratoires aiguës, le tétanos et le paludisme étaient les plus meurtrières surtout chez les enfants de 1 à 5 ans (Dackam Ngatchou, 1987; Waltisperger, 1988). La plupart des pays africains avaient alors une vie moyenne en dessous de 50 ans. L'allongement de la vie a-t-elle entraîné le profond changement escompté ?

Le tableau 5a et b présente les causes de décès dans quelques pays africains et asiatiques, parfois à des dates différentes. Les maladies parasitaires et infectieuses prédominent largement au sein des pays dont la vie moyenne actuelle est inférieure à 65 ans. L'exemple de Maurice et de la Chine (Tabutin, 1994) montre que la part des maladies infectieuses dans les causes de décès devrait diminuer dans les autres pays en développement. Dans la plupart des pays asiatiques ayant plus de 65 ans de vie moyenne (Chine urbaine, Tadjikistan, Hongkong, Ouzbékistan), prédominent les maladies de l'appareil circulatoire, tumorales et de l'appareil respiratoire ou les accidents. Dans certains pays de l'ex-URSS, et même à Hongkong pays en fin de transition, les maladies parasitaires et infectieuses arrivent au 4e rang des causes de mortalité.

TABLEAU 5A : STRUCTURE DES CAUSES DE DÉCÈS DANS QUELQUES PAYS AFRICAINS ET ASIATIQUES

Causes de décès (tous âges)	Maurice 1993 e0 = 71 ans		Israël 1992 e0=76,5 ans		Ouzbékistan 1993 e0=69,2	
	Rang	%	Rang	%	Rang	%
Mal. appareil circulatoire	1	45,8	1	40,5	1	43,4
Maladies tumorales	2	8,3	2	19,7	3	7,9
Mal. appareil respiratoire	3	8,6	3	6,6	2	13,8
Accidents	4	4,5	4	3,4	5	5,9
Mal. infec et parasitaires	-	-	-	-	4	6,2
	Tadjikistan 1991 e0=70,2 ans		Chine urbaine 1992 e0=68,5 ans		Hongkong 1993 e0=78,6 ans	
	Rang	%	Rang	%	Rang	%
Mal. appareil circulatoire	1	30,5	1	37,6	2	27,6
Maladies tumorales	3	7,9	2	21,8	1	30,8
Mal. appareil respiratoire	2	15,8	3	16,8	3	18,5
Accidents	-	-	4	7,0	5	2,8
Mal. infec et parasitaires	4	14,1	-	-	4	3,4

Source : Annuaire des statistiques sanitaires mondiales, WHO, Genève, 1995

TABLEAU 5B : STRUCTURE DES CAUSES DE DÉCÈS DANS L'ENFANCE
DANS QUELQUES PAYS AFRICAINS ET ASIATIQUES

Rang	Mali (1973-84) décès 0-5 ans e0 = 40 ans		Ghana (1977) décès 0-5 ans e0 = 51 ans		Zambie (1982) décès 0-5 ans e0 = 51,4 ans	
	Cause	%	Cause	%	Cause	%
1	Paludisme	29,9	Toux*	18,2	Fièvre	30,1
2	Diarrhées	22,3	Malnutrition	15,3	Rougeole	23,1
3	Avitaminose	18,2	Rougeole	12,7	Diarrhée	18,6
4	Rougeole	18,1	néonatales	9,2	Toux	8,1
Rang	Namibie (1992) décès 0-5 ans e0= 60,2 ans		Pakistan (1990) décès 0-5 ans e0 = 61,5 ans		Turquie (1993) décès 0-5 ans e0 = 66,5 ans	
	Cause	%	Cause	%	Cause	%
1	Diarrhée	22,0	Fièvre	27,2	Fièvre	29,2
2	Malnutrition	21,1	Diarrhées	16,9	Diarrhée	25,4
3	Toux	20,8	Vomissement	8,4	Vomissements	24,4
4	Paludisme	16,0	Toux	7,0	Toux	21,9
Rang	Cameroun (1974) décès 0-5 ans e0 = 45,1 ans		Cameroun (1979) décès 1-5 ans e0 = 48,5 ans			
	Cause	%	Cause	%		
1	Rougeole	36,4	Rougeole	34,1		
2	Malnutrition	8,4	Malnutrition	10,6		
3	Diarrhées	5,5	Paludisme	10,6		
4	Paludisme	5,5	Diarrhées	5,7		
Rang	Cameroun (1976) décès 0-5 ans e0 = 46,0 ans		Cameroun (1991) décès 0-5 ans e0 = 57,3 ans			
	Cause	%	Cause	%		
1	Rougeole	39,2	Diarrhées	17,6		
2	Malnutrition	12,6	Toux	12,9		
3	Paludisme	6,3	Rougeole	12,0		
4	Toux	4,7	Paludisme			

Source : Dackam, 1987; Enquêtes Démographiques et de Santé; * toux = y compris infections respiratoire

Cela suggère l'émergence d'une nouvelle transition de la santé. Parmi les causes de décès dans l'enfance en Turquie, au Pakistan, pays ayant plus de 60 ou 65 ans d'espérance de vie, prédominent complètement les maladies parasitaires et infectieuses, au contraire et depuis longtemps de Maurice. Le cas du Cameroun est particulièrement intéressant. Il figure parmi ceux dont l'espérance de vie a progressé rapidement, passant de 45,8 ans en 1970-75 à près de 60 ans en 1991, sans bouleversement spectaculaire des causes de décès. Bien que la rougeole et la malnutrition aient reculé, on ne voit pas apparaître ou poindre les anomalies congénitales ou les infections dont l'origine se situe dans la période périnatale. Une transition jusque-là peu connue se met en relief. De nombreux pays africains et asiatiques connaissent des progrès rapides de l'espérance de vie, dus à la réduction spectaculaire de la mortalité infantile, mais les schémas de morbidité restent inchangés, contrairement à ce qui s'est passé dans les pays du Nord.

Les schémas de mortalité changent rapidement, mais ceux de la morbidité ne varient pas ou peu. Et comme la « mortalité n'est que l'élément extrême et final d'un processus complexe et temporel allant de la « bonne » santé à la maladie, puis de la maladie à la récupération où à la disparition », le tableau 5c présente la prévalence des maladies les plus meurtrières de l'enfance (diarrhée, fièvre ou paludisme et infections respiratoires – y compris aussi une respiration rapide et courte et les toux diverses).

Si on garde à l'esprit les niveaux d'espérance de vie, ce tableau ne montre pas un schéma morbide correspondant. La prévalence des maladies diarrhéiques est faible au Maroc, en Indonésie et au Pakistan avec respectivement 63,1, 62,7 et 61,5 ans de vie moyenne, mais guère différente de celle observée au Bangladesh (55,6 ans), en Tanzanie (52,1 ans)... La prévalence diarrhéique en Turquie (66,5 ans de vie moyenne) est équivalente à celle de la quasi-totalité des pays africains considérés ! La prévalence du paludisme et des infections respiratoires reflète aussi ce nouveau schéma de morbidité; morbidité dont les différences sont plus nettes selon le milieu d'habitat (urbain/rural). Certaines études avaient déjà signalé les gains en longévité qu'on pourrait observer avec le recul de certaines maladies (Dackam Ngatchou, 1987). Or, si les espérances de vie se sont accrues de plus de 20 ans ici ou là, les maladies n'ont pas disparu ou n'ont même pas reculé (cas du paludisme). On s'est évertué, comme le notait Tabutin en 1985, à éviter temporairement un décès mais sans toucher à la fréquence des maladies. Quelle serait le niveau de mortalité infanto-juvénile si les maladies diarrhéiques n'étaient pas coupées par les antibiotiques ou si leurs effets n'étaient par largement diminuées par la TRO ? Sûrement plus élevé et quasi-stable. *La stabilité des schémas de morbidité dans un nombre croissant de pays asiatiques et africains montre que de nombreuses maladies ne sont pas susceptibles d'être prévenues par la vaccination et que les conditions d'hygiène et d'alimentation restent inchangées.*

b) Les disparités urbaines-rurales de morbidité et de mortalité

Une évolution de la situation semble se dessiner au sein des pays selon le milieu de résidence, urbain ou rural. Supposons que la ville et la campagne soient deux milieux distincts, malgré la variation des définitions et de niveau de modernisation, et donc des « conditions de santé » c'est-à-dire du processus de production des maladies qui définissent le profil épidémiologique d'une population et une réponse organisée de la société (système de santé) différentes. Rappelons que le tableau 6 présente, selon le milieu de résidence, les estimations à partir des taux de mortalité infantile⁽²⁾ des vies moyennes et des écarts entre

⁽²⁾ Une régression sur 5,9 pays dans le monde de plus de 15 millions d'habitants nous a donné le modèle suivant : $e0 = -0,23077 * TMI + 76,95767$. Ce modèle n'est pas adéquat au Japon, en Chine..., pays dans lesquels

milieux urbain et rural. On sait, et depuis longtemps, que l'espérance de vie et le taux de mortalité infantile reflètent correctement la mortalité de la population (et l'état sanitaire ?) et sont fortement corrélés. Nous aurions pu utiliser les taux ou quotients de mortalité.

Au siècle dernier, les pays européens connaissaient plutôt une surmortalité urbaine mais aujourd'hui des disparités de mortalité impressionnantes existent entre villes et campagnes africaines surtout, et asiatiques. Mettons entre parenthèse les données du Rwanda, du Burundi et de l'Ouganda, pays faiblement urbanisés où se pose certainement un problème de distinction du rural et de l'urbain. On constate alors que :

- D'une manière générale, les données des Nations Unies sous-estiment les espérances de vie en Afrique et en Asie comme l'attestent les données des pays, la Chine par exemple avait une espérance de vie à la naissance de 71 ans en 1982 (Kane, 1985; Tabutin, 1994) alors que les Nations Unies annoncent 68,5 ans en 1990-95 ! (tableau 6). Les résultats obtenus pour les villes africaines sont comparables à certains niveaux décrits plus haut en Asie. L'espérance de vie urbaine dépasse partout 55 ans et la barre des 70 ans n'est pas loin.

- D'une manière générale les disparités urbaines-rurales de vie moyenne sont plus criantes en Afrique; elles varient de 1,2 ans au Soudan à 14,5 ans au Niger. Quand on est citadin au Niger, au Malawi, en Zambie, on a une vie moyenne supérieure d'au moins 10 ans à celle des ruraux. Ailleurs, ces écarts varient entre 5 et 10 ans à l'exception du Maroc (4,3 ans), du Soudan (1,2 ans) et de la Tanzanie (-3 ans). On vit moins longtemps en Afrique mais l'espérance de vie serait encore plus faible s'il n'y avait pas ces îlots d'investissements, de changements socio-sanitaires et économiques que sont les villes.

- En Asie par contre, les écarts sont faibles; ils varient de -3 ans au Sri Lanka à 9,2 ans en Inde. Aucun pays n'a une vie moyenne urbaine supérieure de 10 ans à celle du milieu rural. La tendance est à l'égalisation des contextes et des réponses sociétales en Israël, au Japon, au Kazakhstan, Tadjikistan, Ouzbékistan, en Malaisie et en Azerbaïdjan. Il y a même avantage de la campagne en Géorgie, en Thaïlande et au Sri Lanka. Par contre le Pakistan, l'Inde, l'Indonésie, la Turquie et le Yémen ressemblent davantage à des pays africains.

- Finalement les écarts urbains-ruraux sont très forts dans les pays où les espérances de vie à la naissance se situent entre 45 et 50 ans; rentrent dans ce groupe le Niger, le Malawi... L'égalisation des mortalités urbaines-rurales se fait presque en fin de transition de la mortalité (Israël, Japon). L'avantage du milieu urbain reste important quand l'espérance de vie varie entre 55 et 70 ans, avec cependant une tendance à la diminution des écarts. *Dans l'ensemble, l'espérance de vie a progressé plus vite dans les villes africaines et les niveaux actuels sont assez proches des vies moyennes asiatiques. Autrement dit, s'il n'y avait que des villes en Afrique, elle serait moins différente de l'Asie. Les écarts urbains-ruraux se réduisent sur le chemin de l'allongement de la vie. Une des explications de cette situation est le profil épidémiologique de la population.*

A l'exception de quelques pays, la prévalence des fièvres, des maladies diarrhéiques et des infections respiratoires en ville (tableau 5c) est, bien qu'encore élevée, faible par rapport à la forte prévalence rurale. Ainsi, les contextes économiques plus que sanitaires sont susceptibles d'influencer la vie moyenne. La ville africaine par les investissements qu'elle reçoit, par son ouverture aux idées nouvelles, peut-être sa rencontre plus facile et rapide avec l'occident, bref sa modernisation, est différente de la campagne. Ses vies moyennes, tout comme les performances asiatiques, incitent à réviser les changements à la base de la transition de la mortalité. Si on ne peut à ce niveau d'analyse déterminer les facteurs de cette évolution divergente entre les deux continents, on peut déjà noter que bien

l'allongement de la vie ne dépend plus de la baisse de la mortalité infantile mais de la maîtrise et de la lutte contre les maladies cardio-vasculaires comme le suggère le dynamisme japonais (Shegematsu et al, 1985).

des nuances méritent d'être apportées aux thèses jusque là admises. L'influence épidémiologique et environnementale sont moins défavorables à l'allongement de la vie que les contextes politique, économique et sanitaire. La configuration spatiale de la mortalité montre que les pays tropicaux se trouvent aussi bien en Asie qu'en Afrique, que des pays à situation épidémiologique très défavorable ont progressé rapidement. Les zones retardataires sont celles qui ont connu des contextes politique, économique et sanitaire chaotiques (Afghanistan, Bangladesh, Yémen, Mali, Niger, ...). On sait désormais que la carte des crises alimentaires, par exemple, se superpose à celle des désordres politiques. Mais l'exemple de la Chine (1960-65), du Vietnam, ... montre que des décélération accentuées d'espérance de vie créées par des situations politiques passagères sont vite comblées et dépassées si la situation économique est favorable.

TABLEAU 5c : EVALUATION DE L'ÉTAT MORBIDE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS
DANS QUELQUES PAYS AFRICAINS ET ASIATIQUES*

Pays et années d'enquête	Prévalence (%) de quelques maladies pendant les deux dernières semaines ayant précédé l'enquête								
	Diarrhée			Fièvre			Infections respiratoires		
	T	R	U	T	R	U	T	R	U
Botswana (1988)	9,9	9,9	9,6	3,9	4,0	3,8	28,7	30,1	24,7
Burkina Faso (1993)	20,3	20,6	18,7	35,0	36,3	27,8	11,2	11,2	11,3
Burundi (1987)	17,4	17,3	20,7	18,0	7,4	24,1	39,5	39,8	32,0
Cameroun (1991)	17,7	18,2	17,0	22,8	24,0	20,8	8,8	9,5	7,7
Ghana (1993)	20,3	21,3	17,6	27,8	30,2	21,8	10,1	11,3	7,0
Kenya (1993)	13,9	14,2	11,9	41,8	42,2	38,8	18,3	18,9	14,8
Madagascar (1992)	12,4	12,6	11,1	27,1	27,7	22,9	15,7	15,6	14,9
Malawi (1992)	21,9	22,3	19,3	40,5	22,3	37,0	14,6	14,5	16,9
Mali (1987)	34,4	19,2	20,0	33,1	34,1	29,9	6,6	7,7	3,1
Maroc (1992)	12,7	13,9	10,5	27,3	28,1	25,7	15,3	17,2	11,8
Namibie (1992)	20,6	24,1	13,5	34,2	37,0	28,7	18,0	20,5	13,1
Niger (1992)	27,9	29,5	20,1	45,2	48,9	27,1	10,7	11,5	7,0
Nigeria (1990)	17,9	19,6	11,7	32,6	35,5	22,2	6,7	7,4	4,2
Rwanda (1992)	21,8	21,8	21,6	41,6	42,1	32,2	32,6	33,4	18,1
Sénégal (1992/93)	20,6	23,3	15,5	38,0	41,2	32,1	14,0	14,8	12,5
Soudan (1989/90)	18,1	19,6	15,3	-	-	-	47,5	47,5	47,6
Tanzanie (1991/92)	13,1	12,7	13,8	31,0	29,4	38,9	8,2	7,4	11,4
Togo (1988)	29,4	30,3	26,8	43,2	44,9	38,6	10,5	11,3	8,3
Ouganda (1988/89)	24,3	24,8	20,1	41,4	42,5	31,6	22,4	22,7	20,1
Zambie (1992)	22,8	25,3	20,0	43,7	52,4	34,0	12,7	15,0	10,2
Zimbabwe (1988)	19,7	21,4	15,3	-	-	-	46,4	48,0	42,2
Bangladesh (1993-94)	12,6	12,8	10,8	-	-	-	24,0	23,9	24,8
Indonésie (1991)	11,1	10,7	12,0	26,9	27,2	26,3	9,8	10,1	8,9
Pakistan (1990-91)	14,5	14,3	15,0	30,1	29,7	30,9	16,0	17,0	13,8
Turquie (1993)	24,8	28,0	22,7	-	-	-	12,4	15,7	10,3
Yémen (1991-92)	34,4	36,0	35,3	46,2	47,6	38,8	48,8	50,1	42,2

* Note : Total = T, urbain = U, rural = R

Source : Enquêtes Démographiques et de Santé

5. Conclusion : l'allongement de la vie, une injustice des lieux ?

En dépit des réserves émises sur les données des Nations Unies, les résultats de notre analyse montrent qu'à cause d'évolutions divergentes, voire disparates, les différences de mortalité entre l'Afrique et l'Asie se sont accrues. Alors que l'écart d'espérance de vie entre ces deux continents était de moins de 5 ans en 1950, il s'est élargi progressivement pour atteindre 10 ans, voire 15 ans aujourd'hui. Ces différences croissantes sont crédibles d'autant qu'elles reflètent aussi celles perceptibles au niveau de la mortalité infantile et juvénile fournie par les Enquêtes démographiques et de santé. Par la lente évolution de son espérance de vie, l'Afrique se détache du reste du monde, tandis que la vie moyenne dans un nombre croissant de pays asiatiques dépasse celle de certains pays développés. Ces différences croissantes existent aussi entre régions d'Afrique et d'Asie. L'espérance de vie est particulièrement faible en Afrique occidentale et orientale tandis que l'Afrique du nord et du sud maintient son dynamisme proche de celui de l'Asie du sud centrale, partie la plus défavorisée d'Asie. Ainsi, l'Algérie figure avec l'Arabie Saoudite, la Chine, la Jordanie, Vietnam et l'Indonésie parmi les pays qui au cours des 40 dernières années ont connu une vitesse d'allongement de la vie exceptionnelle et soutenue, 3 ans en moyenne tous les 5 ans.

En Afrique et dans quelques pays asiatiques, la structure des causes de décès n'évolue guère malgré l'allongement de la vie; prédominent toujours les maladies infectieuses et parasitaires même dans les pays ayant des espérances de vie assez avancées. Les pays qui ont participé au programme EDS, présentent des niveaux de prévalence des maladies de l'enfance quasi-identiques. Pourtant l'opposition ville-campagne est très nette en Afrique, les villes africaines ont plutôt des espérances de vie à la naissance comparables à celles des pays asiatiques.

De nécessaires mutations en profondeur s'imposent si l'on veut aller de l'avant ou plus vite en Afrique. L'analyse des configurations spatiales de la mortalité et de son évolution a fait ressortir une injustice des lieux et la complexité des inégalités. Des « anomalies » ou déviations par rapport aux modèles régionaux sont aussi apparus. Nous ne pouvons faire une analyse de l'enchaînement des événements ou situations qui conduisent à tel ou tel niveau d'espérance de vie. Mais, l'exemple du Japon qui avance toujours sur le chemin de l'allongement de la vie, du fait de la maîtrise des maladies cardio-vasculaires et des cancers, de quelques pays pétroliers et de nombreux pays asiatiques qui se placent avantagement depuis plusieurs décennies sur la scène économique internationale, atteste que l'allongement de la vie est fortement influencé par l'environnement socio-économique et les programmes de santé. Pourtant, les politiques actuelles de population ne prennent pas en compte cette géographie du développement social et économique. L'Afrique a progressé moins que l'Asie du fait du contexte économique, sanitaire et politique dont on voit bien le spectre sur certains pays asiatiques qui se situent aussi en marge des progrès. Les récents progrès rapides de l'espérance de vie reflètent la configuration des prospérités économiques et sanitaires. On doit mettre l'accent sur le contexte économique, politique et socio-sanitaire si on envisage de modifier profondément la situation sanitaire des pays africains.

TABLEAU 6 : ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE SELON LE MILIEU DE RÉSIDENCE URBAIN/RURAL ESTIMÉE À PARTIR DES TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE ET ÉCARTS URBAIN/RURAL (ANNÉES)

Pays et source des données de référence	Année de référence	Espérances de vie			Écart
		Total	Rural	Urbain	
Japon (NU)	1989	-	75,8	75,9	0,1
Bangladesh NU	1988	-	51,0	55,9	4,9
Bangladesh EDS	1993-94	-	51,5	57,2	5,7
Inde NU	1989	-	53,4	62,6	9,2
Kazakhstan NU	1989	-	70,7	71,2	0,5
Pakistan NU	1988	-	50,2	56,8	6,6
Pakistan EDS	1990-91	-	51,6	58,8	7,2
Indonésie EDS	1991	-	57,2	63,2	6,0
Sri Lanka NU	1987	-	73,3	70,3	-3,0
Tadjikistan NU	1989	-	66,7	67,8	1,1
Ouzbékistan NU	1989	-	67,8	69,0	1,2
Malaisie NU	1989	-	73,6	74,4	0,8
Thaïlande NU	1989	-	75,7	73,2	-2,5
Turquie EDS	1993	-	61,2	66,5	5,3
Yémen EDS	1991-92	-	56,0	60,6	4,6
Azerbaïdjan NU	1989	-	70,4	71,6	1,2
Géorgie NU	1989	-	73,4	71,6	-1,8
Israël NU	1989	-	74,3	74,7	0,4
Burundi EDS	1987	55,5	55,5	56,2	0,7
Ghana EDS	1993	60,9	56,9	63,8	6,9
Kenya EDS	1993	62,1	64,2	66,1	4,9
Madagascar	1992	54,1	50,4	58,8	8,4
Malawi EDS	1987	43,8	40,2	54,3	14,1
Mali EDS	1992	42,5	41,9	47,4	5,5
Maroc EDS	1992	61,2	60,2	64,5	4,3
Niger EDS	1992	42,8	40,6	55,1	14,5
Nigeria EDS	1990	54,5	53,3	58,6	5,3
Rwanda EDS	1992	54,8	54,8	55,5	0,7
Sénégal EDS	1992-93	58,5	55,7	63,9	8,2
Soudan EDS	1989-90	58,2	57,8	59,0	1,2
Tanzanie EDS	1991-92	52,4	53,0	50,0	-3,0
Ouganda EDS	1988-89	50,5	50,5	51,4	0,9
Zambie EDS	1992	52,7	48,0	58,0	10
Zimbabwe EDS	1988	63,2	61,4	68,3	6,6
Cameroun EDS	1991	57,3	55,9	60,7	4,8

BIBLIOGRAPHIE

- BARBIERI M., 1991. *Les déterminants de la mortalité des enfants dans le Tiers-monde*, Les Dossiers du CEPED n° 18, Paris, CEPED.
- BARBIERI M., 1993. « Niveaux, tendances et structures par âge de la mortalité des enfants en Afrique sub-saharienne : une analyse des Enquêtes démographiques et de santé », Yaoundé, IFORD, (Communication présentée au Séminaire International Mortalité Infantile et juvénile en Afrique : bilan des recherches et politiques de santé, Yaoundé, 21-23 juillet 1993).
- DACKAM NGATCHOU R., 1987. Causes et déterminants de la mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique tropicale, thèse non publiée, Université de Paris I, Paris.
- KANE P., 1985. « le cas du Japon », in : *La lutte contre la mort* (Vallin J. et Lopez A.), Paris, INED/PUF, 541p. (Travaux et documents Cahier n° 108).
- MESLÉ F., VALLIN J., 1995. *La mortalité dans le monde : tendances et perspectives*. Les dossiers du CEPED n° 30, Paris.
- NATIONS UNIES, 1993. *World population prospects : the 1992 revision*, New York, Division de la population, 678 p.
- NATIONS UNIES, 1994. *World population prospects : the 1994 revision, annex tables*, New York, Division de la population, 678 p.
- SHIGEMATSU I. et YANAGAWA H., 1985. « le cas du Japon », in : *La lutte contre la mort* (Vallin J. et Lopez A.), Paris, INED/PUF, 541p. (Travaux et documents Cahier n° 108).
- TABUTIN D., 1985. « Les limites de la théorie classique de la transition démographique l'occident au XIX^e siècle et le Tiers-monde actuel », in : *Actes du Congrès International de la population*, UIESP, Florence, vol 4.
- TABUTIN D., 1986. « Les transitions de mortalité dans le Tiers-monde », in : *Les changements ou transitions démographiques dans le monde contemporain en développement*, Paris, Éditions ORSTOM (Colloques et séminaires).
- TABUTIN D., 1986. « Transitions et théories de la mortalité », in : *Sociologie de la population*, (Gérard H. et Piché V. eds.), Montréal, PUM/AUPELF-UREF.
- VALLIN J., 1994. *Réflexions sur l'avenir de la population mondiale*, les dossiers du CEPED n° 26, Paris, CEPED.
- WATISPERGER D., 1988. « Tendances et causes de la mortalité », in : *Population et sociétés en Afrique au sud du Sahara* (D. Tabutin ed.), Paris, l'Harmattan, 551 p.