

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

Baisse récente et future de la mortalité dans les pays en voie de développement : mythe ou réalité ?

Eliwo Mandjale AKOTO, Léon MUDUBU KONANDE, Patricia RAKOTONDRABE IFORD, Yaoundé, Cameroun

Depuis la Deuxième Guerre mondiale, des efforts considérables ont été consentis par les gouvernements des pays en voie de développement pour faire baisser le niveau de mortalité. Ces efforts ont porté leurs fruits; la baisse est réelle dans l'ensemble de ces pays. Toutefois, le rythme de baisse de mortalité varie d'un pays à l'autre, ou d'une sous-région à l'autre et d'un continent à l'autre. Par ailleurs, dès la fin des années 1970, certains chercheurs, parmi lesquels Gwatkin (1980) ont mis en exergue le ralentissement du rythme de baisse et même la recrudescence de certaines maladies. De plus, la persistance de la crise économique dans bon nombre de pays, en particulier ceux de l'Afrique au Sud du Sahara, ne pousse pas à l'optimisme quant à l'évolution future de la mortalité.

I - Niveaux et tendances de la mortalité

I.1. Sources des données pour l'étude de la mortalité

Traditionnellement, les données utilisées pour la mesure de la mortalité proviennent des enregistrements des naissances et des décès à l'état civil. Très souvent, ces enregistrements sont de mauvaise qualité et incomplets dans la plupart des pays en voie de développement.

Depuis plusieurs années, la réalisation de recensements généraux de population a permis aux chercheurs de disposer de données leur permettant d'analyser tel ou tel phénomène. Ainsi, les renseignements fournis par les mères sur les naissances et les décès survenus au cours des douze mois précédant la date du recensement d'une part, et le nombre d'enfants nés vivants et leur survie d'autre part, permettent d'estimer le niveau de la mortalité. En outre, des opérations de collecte de données spécifiques réalisées dans plusieurs pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine - les enquêtes nationales démographiques et de santé (EDS) ou Demographic and Health Survey (DHS) - sont de nouvelles sources, fiables, pour l'étude de la mortalité.

I.2. Approche et méthode d'analyse

La méthode directe est utilisée lorsqu'on dispose de la structure par âge de la population et des décès, ainsi que des effectifs de naissances survenues au cours des 12 mois précédant la collecte des données. Cette méthode sous-estime souvent le niveau de la mortalité du fait des omissions de décès (effet de télescope et/ou omissions volontaires) et des faibles nombres de décès enregistrés pour certains groupes d'âges. Aussi, à partir de données de recensement, recourt-on souvent à des méthodes indirectes, la plus utilisée étant celle de Brass, fondée sur la survie des enfants et des parents.

Avec des données provenant des enquêtes EDS, on peut directement estimer le niveau de mortalité. Pour ce faire, on peut procéder soit par approche longitudinale, en suivant une cohorte d'individus dans le temps, soit par approche transversale en considérant la survie des individus sur une période bien déterminée. Avec ce type d'informations, l'analyse se limite cependant à la mortalité des enfants de moins de 5 ans.

I.3. Niveaux actuels de la mortalité

Le tableau 1 présente les caractéristiques de la mortalité, telles que calculées à partir des données de recensements, de cinq pays d'Afrique au Sud du Sahara. Même si ces pays ne sont pas représentatifs de l'ensemble des pays du continent, les données montrent qu'en Afrique le niveau de mortalité reste encore très élevé.

TABLEAU 1 : TAUX BRUT DE MORTALITÉ ET ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE DANS CINQ PAYS D'AFRIQUE.

PAYS	Année de recensement	TBM (‰)	E ₀	TMI (‰)
Cameroun	1987	13,5	54,3	86,0
Centrafrique	1988	16,7	48,9	144,8
Comores	1991	12,5	56,5	86,2
Niger	1988	22,0	44,0	170,0
Tchad	1993	16,3	50,3	127,0

Source : Rapports d'analyse de RGPH des pays figurant dans le tableau

En Afrique au Sud du Sahara, l'espérance de vie à la naissance est de 48 ans contre 73 dans les pays développés (34% plus faible donc). Le retard des pays d'Asie et d'Amérique latine est plus modeste; dans les pays pauvres de ces deux continents, l'espérance de vie à la naissance est de 59,1 ans et 64,2 ans respectivement (G. Pison, 1988).

Le tableau 2 présente des estimations de la mortalité des enfants de moins de 5 ans réalisées à partir des données des EDS. Il met en lumière les disparités régionales de mortalité, quel que soit l'âge considéré.

TABLEAU 2 : LA MORTALITÉ DES ENFANTS DANS LES RÉGIONS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT (‰).

PAYS	1Q0	4Q1	5Q0
Afrique au Sud du Sahara	85,38	79,65	157,34
Afrique du Nord	59,50	21,77	79,90
Asie	58,96	24,80	81,96
Amérique Latine	71,20	27,43	96,53

Calculés à partir des indicateurs de EDS

Les quotients de mortalité des enfants en Afrique au Sud du Sahara sont toujours supérieurs à ceux des autres régions, avec des écarts plus importants pour la mortalité juvénile. Entre la naissance et le premier anniversaire, la mortalité y est 1,5 fois plus élevée qu'en Asie; trois fois plus entre 1 et 4 ans. La mortalité juvénile dépend grandement de l'environnement socio-économique, culturel et géographique des enfants; et cette forte surmortalité en Afrique au Sud du Sahara résulte de la précarité des conditions de vie dans cette région. Parmi les groupes de pays considérés, l'Asie et l'Afrique du Nord enregistrent des niveaux de mortalité des enfants les plus faibles.

Ces niveaux masquent toutefois de fortes disparités entre pays (tableau 3). Au sein d'une même région, par exemple, l'Afrique au Sud du Sahara, la mortalité infantile varie sensiblement : 37,4 ‰ au Botswana contre 144 ‰ au Liberia. Parmi les 21 pays africains sub-sahariens pour lesquels on dispose de données d'EDS, 5 affichent un quotient de mortalité infantile de plus de 100‰. Dans son étude G. Pison estimait le taux de mortalité infantile à 118 ‰ en Afrique au Sud du Sahara contre 83 ‰ dans les pays les plus pauvres d'Asie, 62 ‰ en Amérique latine et 16 ‰ dans les pays développés.

Le fossé entre les quotients de mortalité infanto-juvénile est encore beaucoup plus accentué : de 34 ‰ au Sri Lanka à 318 ‰ au Niger. Entre la naissance et le cinquième anniversaire, la probabilité de décéder dépasse 150 ‰ pour le tiers des pays de l'Afrique au Sud du Sahara, les pays dont le niveau de mortalité des enfants est très élevé se situant généralement à l'Ouest de l'Afrique. En revanche, cette mortalité est relativement faible en Amérique latine, en Asie, en Afrique du Nord et en Afrique australe.

Les enquêtes mettent en évidence une surmortalité masculine générale durant la prime enfance. Pour certains pays (Togo, Soudan, Pakistan, Namibie, Maroc, Malawi, Liberia, Égypte, Burundi, Bolivie), dans les âges juvéniles, elles révèlent une légère surmortalité féminine. Les facteurs de la mortalité différentielle selon le sexe sont d'ordre biologique et comportemental. Les comportements différentiels des parents envers leurs enfants, notamment, se font davantage sentir pendant la période juvénile.

I.4. Les tendances à l'oeuvre

I.4.1. Estimations à partir des enquêtes démographiques et de santé

L'étude des tendances portera d'une part sur les données des EDS et d'autre part sur les estimations des Nations-Unies.

Le tableau 4 présente l'évolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans au cours des trois périodes quinquennales précédant les enquêtes démographiques et de santé. Il met en évidence une baisse générale de la mortalité infantile entre deux périodes successives. Le rythme de baisse s'est accéléré de façon considérable dans les 4 groupes de pays considérés.

En Afrique au Sud du Sahara, comme dans les autres régions, il y a eu progrès sur le plan sanitaire. Malgré cela, le rythme de baisse de la mortalité dans ce sous-continent demeure moins important qu'ailleurs, surtout par rapport à celui enregistré dans les pays développés.

Ces tendances cachent bien des disparités entre pays. On retiendra que deux pays ont enregistré une hausse de la mortalité infantile au cours de la période récente, à l'instar de plusieurs pays de l'Est ou républiques soviétiques dans les années 70-80. Il s'agit de la Zambie et du Zimbabwe.

D'aucuns ont attribué cette hausse à la détérioration du système sanitaire et à l'amélioration de l'enregistrement des décès dans certaines régions. Il semble qu'elle ait, pour l'essentiel, résulté d'un problème de concept de mortalité infantile et d'un sous-enregistrement des décès de moins d'un an (A. Pinnelli et al, 1994). Sept pays ont, en outre, connu un ralentissement du déclin de la mortalité infantile (quatre en Afrique au Sud du Sahara, un en Afrique du Nord, deux en Asie).

En ce qui concerne la mortalité infanto-juvénile, quatre pays ont enregistré une forte détérioration de leur situation. Au Kenya, au Nigeria et au Zimbabwe, la baisse a été suivie d'une hausse. Dans d'autres pays, il y a eu ralentissement du rythme de baisse de la mortalité infanto-juvénile (au Botswana, en Côte d'Ivoire, au Liberia, au Rwanda, au Togo, au Maroc, au Pakistan et au Pérou). On note cependant une nette amélioration au Burundi, à Madagascar, au Niger, en Ouganda, au Soudan et en Tanzanie.

TABLEAU 3 : LA MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AU COURS DES CINQ ANNÉES PRÉCÉDANT LES ENQUÊTES (1986-1994)

PAYS	Année d'enquête	1Q0 (‰)	4Q1 (‰)	5Q0 (‰)
Afrique au Sud du Sahara				
Botswana	1988	37,4	16,0	52,7
Burundi	1987	75,0	82,9	151,8
Cameroun	1991	65,0	65,6	126,3
Côte d'Ivoire	1992	88,5	66,9	149,5
Ghana	1993	66,4	56,8	119,4
Kenya	1993	61,7	36,7	96,1
Liberia	1986	144,0	89,0	220,0
Madagascar	1992	93,0	76,7	162,6
Malawi	1992	134,3	114,9	233,8
Mali	1987	108,0	159,0	249,0
Namibie	1992	56,6	28,1	83,2
Niger	1992	123,1	222,6	318,2
Nigeria	1990	87,2	115,2	192,4
Ouganda	1988/89	101,2	88,1	180,4
Rwanda	1992	84,8	71,6	150,3
Sénégal	1992/93	68,0	68,0	131,4
Soudan	1989/90	69,9	57,4	123,4
Tanzanie	1991/92	91,6	54,6	141,2
Togo (*)	1988	77,3	83,4	154,6
Zambie	1992	107,2	93,6	190,7
Zimbabwe	1994	52,8	25,6	77,1
Afrique du Nord				
Égypte (*)	1988/89	73,2	30,9	101,8
Maroc	1992	57,3	20,0	76,1
Tunisie (*)	1988	48,0	14,4	61,8
Asie				
Bangladesh	1993/94	87,4	50,1	133,1
Indonésie	1994	57,0	25,8	81,3
Pakistan	1991	90,5	29,5	117,4
Sri-Lanka (*)	1987	24,7	9,5	34,0
Thaïlande (*)	1987	35,2	9,1	44,0
Amérique Latine				
Brésil (*)	1986	73,2	10,7	83,2
Bolivie	1989	89,1	46,3	131,3
Mexique (*)	1987	47,4	14,7	61,4
Pérou (*)	1986	75,1	38,0	110,2

Source : Rapports des enquêtes BDS des différents pays

(*) : Indicateurs tirés de « Comparative studies 15 : Infant and child mortality », Macro International Inc., Calverton, Maryland USA, June 1994.

TABLEAU 4 : BAISSÉ (EN %) DES QUOTIENTS DE MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS.

PAYS	Changement du quotient de mortalité infantile (en %)		Changement du quotient de mortalité juvénile (en %)		Changement du quotient de mortalité infanto-juvénile (en %)	
	entre 2ème et 3ème périodes	Entre 1ère et 2ème périodes	entre 2ème et 3ème périodes	entre 1ère et 2ème périodes	entre 2ème et 3ème périodes	entre 1ère et 2ème périodes
Afrique au Sud du Sahara	- 13,7	- 2,1	- 10,9	- 12,7	- 11,7	- 5,9
Afrique du Nord	- 27,7	-13,4	- 37,0	- 37,0	- 29,7	- 21,1
Asie	- 19,2	- 6,7	- 13,3	- 21,9	- 17,2	- 11,1
Amérique Latine	- 18,0	- 2,5	- 16,2	- 22,3	- 16,9	- 8,9

Note : 1ère période = moins 10-14 ans avant l'enquête; 2ème période = moins 5-9 ans avant l'enquête; 3ème période = moins 0-4 ans avant l'enquête.

En définitive, on ne peut pas dégager une tendance globale de la mortalité des enfants pour tous les pays. Ceci dépend de la tranche d'âge, du contexte et aussi de l'environnement propre à chaque pays. On note, en outre, que la méthode de collecte de données rétrospective présente une limite dans le calcul des indicateurs de mortalité pour les périodes anciennes (10-14 ans avant l'enquête). Très souvent, les indicateurs correspondants à ces périodes sont sous-estimés car la qualité de l'enregistrement des événements au cours de ces périodes dépend énormément de la capacité de chacune des femmes enquêtées de se souvenir de leur date de survenance.

1.4.2. Estimations des Nations-Unies (1994)

Le gain en espérance de vie est de 8 ans en 40 ans dans les pays développés contre 21,4 ans dans les pays en voie de développement (tableau 5).

Le sous-ensemble des pays les plus pauvres enregistre, quant à lui, un gain de 15,5 ans sur la même période. L'allongement du calendrier de la mortalité est un fait partout tangible. Remarquons que de 1980 à 1995, le gain semble constant autour de 2 ans tous les 5 ans dans les pays les plus pauvres comme pour l'ensemble des pays moins développés.

TABLEAU 5 : ÉVOLUTION, DE 1950 À 1995, DE L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE (EN ANNÉES) SELON LE TYPE DE PAYS.

Périodes	Pays développés	Pays sous-développés	Pays les plus pauvres
1950-55	66,5	40,9	35,7
1955-60	68,5	44,4	37,9
1960-65	69,8	47,7	39,8
1965-70	70,5	52,2	41,9
1970-75	71,2	54,6	41,9
1975-80	72,1	56,7	45,2
1980-85	73,0	58,5	47,2
1985-90	74,0	60,5	49,6
1990-95	74,4	62,3	51,2

Source : Nations-Unies : « World Population Prospects », 1994, p. 117.

Comparativement à l'Amérique latine et à l'Asie, le continent africain présente un bilan sanitaire incontestablement moins flatteur. L'Amérique Latine a une espérance de vie qui dépasse celle de l'Afrique de 15 ans. Son avantage par rapport à l'Asie est d'environ 4 ans.

Dans l'ensemble Amérique latine-Caraïbes, les écarts de mortalité sont relativement faibles entre sous-régions, ce qui est loin d'être le cas en Afrique.

Si l'on considère les taux de mortalité infantile (TMI), on constate que les conditions de vie des enfants dans le monde entier se sont améliorées depuis 1950, même s'il reste encore beaucoup à faire dans les pays les moins développés (tableau 7).

L'ampleur de la baisse de la mortalité infantile varie d'une région à l'autre et à l'intérieur d'une même région (tableau 8). En 40 ans, si la mortalité infantile a reculé au même rythme en Asie et en Amérique Latine-Caraïbes (64%), la baisse n'a été que de 50% en Afrique. L'Asie, qui avait presque le même TMI que l'Afrique en 1950-55, se retrouve, 40 ans plus tard, avec un TMI 30% inférieur (65‰ contre 93‰).

Les disparités constatées à l'intérieur d'une même région sont, à nouveau, très importantes, sauf en Amérique Latine-Caraïbes. En Afrique, la baisse de la mortalité infantile a été beaucoup plus rapide dans la sous-région du Nord (64,7%) qu'en Afrique de l'Est ou australe (42,4 et 47,6%). L'Afrique de l'Ouest, qui présentait le TMI le plus élevé en 1950-55, a enregistré une baisse de plus de 50% en 40 ans. En Asie, la mortalité infantile dans le Centre-Sud a été divisée par un facteur 2; soit un déclin remarquable mais encore inférieur à celui enregistré dans les parties Est et Ouest.

TABLEAU 6 : ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE DES HOMMES ET DES FEMMES (EN ANNÉES)
EN AFRIQUE, AMÉRIQUE LATINE ET ASIE, EN 1990-95.

Régions	Hommes	Femmes	Sexes réunis
Afrique	51,5	54,6	53,0
Est	48,2	51,1	49,7
Centre	49,7	53,0	51,3
Nord	60,9	63,5	62,2
Australe	59,8	65,6	62,6
Ouest	48,3	51,3	49,8
Amérique Latine et Caraïbes	65,9	71,2	68,5
Caraïbes	67,0	71,4	69,2
Centre	67,1	72,8	69,9
Sud	65,2	70,6	67,9
Asie	63,1	65,9	64,5
Est	67,6	71,9	69,7
Centre-Sud	60,0	60,7	60,3
Sud-Est	61,7	65,5	63,6
Ouest	64,7	68,5	66,5

Source : Nations-Unies : « World Population Prospects », 1994, p. 117.

TABLEAU 7 : ÉVOLUTION, DE 1950 À 1995, DU TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE (EN %) SELON LE TYPE DE PAYS.

Périodes	Pays développés	Pays sous-développés	Pays les plus pauvres
1950-55	59	179	194
1955-60	43	161	178
1960-65	33	135	167
1965-70	26	115	155
1970-75	21	104	147
1975-80	18	98	139
1980-85	15	88	131
1985-90	13	77	120
1990-95	10	70	110

Source : Nations-Unies : « World Population Prospects », 1994, p. 119.

TABLEAU 8 : ÉVOLUTION, DE 1950 À 1995, DU TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE (EN %) EN AFRIQUE, AMÉRIQUE LATINE ET ASIE.

Régions	1950-55	1980-85	1990-95
Afrique	186	112	93
Est	184	126	106
Centre	187	113	95
Nord	190	100	67
Australe	103	66	54
Ouest	203	114	97
Amérique Latine et Caraïbes	125	59	45
Caraïbes	124	57	42
Centre	122	54	38
Sud	126	61	48
Asie	180	83	65
Est	181	48	41
Centre-Sud	186	107	83
Sud-Est	154	78	55
Ouest	189	81	57

Source : Nations-Unies : « World Population Prospects », 1994, p. 117.

II - Évolution future de la mortalité

II.1. Projections des Nations Unies de 1990 à 2050

Sont ici présentés les indicateurs de mortalité produits par la Division de la population des Nations Unies ⁽¹⁾ en 1994; dans le cadre de la variante moyenne des projections.

¹ Il s'agit de « World Population Prospects. The 1991 revisi », New-York, 1993.

Partant du niveau estimé au cours de la période 1990-95, les Nations-Unies anticipent une baisse de la mortalité pour tous les pays en voie de développement, même les plus pauvres, jusqu'à l'horizon 2050 (tableau 9). Cette baisse se traduit par un faible niveau de la mortalité infantile (18 ‰ pour l'ensemble des pays en voie de développement; 28 ‰ pour le sous-ensemble des pays les plus pauvres) et par une élévation nette de l'espérance de vie à la naissance.

TABLEAU 9 : ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ DANS LES PAYS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT. OBSERVATIONS ET ESTIMATIONS JUSQU'EN 1990, PROJECTIONS AU-DELÀ.

Indicateurs	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2010	2010-2020	2020-2030	2030-2040	2040-2050
TBM (‰)	9,6	9,1	8,5	7,8	7,3	7,2	7,8	8,5
TMI (‰)	77	70	63	53	41	32	24	18
Espérance de vie à la naissance (e0)								
Hommes	59,3	60,8	62,4	64,6	67,4	69,9	72,1	73,8
Femmes	61,9	63,8	65,3	67,8	71,1	74,0	76,4	78,4
Sexes réunis	60,5	62,3	63,8	66,2	69,2	71,9	74,2	76,0
Pays les plus pauvres								
TBM (‰)	16,1	14,9	13,7	11,6	9,0	7,2	6,4	6,5
TMI (‰)	120	110	101	87	68	52	38	28
Espérance de vie à la naissance (e0)								
Hommes	48,6	50,1	51,5	54,6	59,5	64,1	67,7	70,3
Femmes	50,6	52,3	53,6	56,7	62,0	67,0	71,1	74,1
Sexes réunis	49,6	51,2	52,6	55,6	60,8	65,5	69,4	72,1

II.2. La leçon de l'analyse des écarts entre estimations passées des Nations Unies et résultats des enquêtes démographiques et de santé

Les enquêtes démographiques et de santé des années 80 et 90 dans plusieurs pays en voie de développement ont permis d'estimer la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans; en autorisant le calcul de quotients de mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans, selon la période (utilisation de l'information sur les décès et l'exposition à la mortalité par âge pour une période de temps spécifique, généralement une période quinquennale) et selon la génération. L'approche de la mortalité par période est préférable à celle par génération pour deux raisons : tout d'abord, les données nécessaires pour le calcul des quotients par génération ne sont que partiellement disponibles pour la période de cinq ans précédant immédiatement l'enquête (effet de troncature dû au fait que certains enfants ne sont pas totalement exposés au risque de décès sur la période) et, par ailleurs, les quotients selon la période sont plus appropriés pour évaluer les programmes d'action.

Ces indicateurs, relatifs aux trois périodes précédant l'enquête et calculés directement à partir des données collectées, peuvent être utilement comparés aux estimations fournies, par ailleurs, par les Nations-Unies. L'analyse est ici limitée au niveau national puisque le nombre des pays dans lequel les EDS ont déjà été réalisées est encore assez faible, et plus particulièrement au cas de l'Ouganda et de la Zambie, deux pays qui, dans un contexte de

baisse significative de la mortalité infantile, se sont plutôt singularisés par une remontée de cet indicateur de santé.

En Ouganda, selon les Nations Unies, le TMI se serait accru de 2% entre 1975-80 et 1980-85. Pour à peu près les mêmes périodes, l'EDS de ce pays, réalisée en 1988, révèle une hausse de 24%. L'écart est grand entre les deux sources. Une première explication tiendrait à la sous-estimation du niveau de mortalité infantile pour la tranche de cinq années la plus éloignée de la date de réalisation de l'EDS. Les indicateurs obtenus à partir des données des EDS sont moins fiables pour les périodes précédant de 10 à 15 ans les enquêtes (effet de mémoire des femmes enquêtées appelées à se souvenir des événements anciens de plus de 10 ans). En revanche, le TMI fourni par l'EDS pour la période quinquennale précédant immédiatement l'enquête paraît plus fiable; le quotient de mortalité infantile estimé par les Nations Unies pour la période correspondante semblant, pour sa part, très nettement surestimé (101,2‰ contre 120‰).

En ce qui concerne la Zambie, la comparaison sur des périodes correspondantes montre que le TMI estimé par les Nations Unies pour la période 1985-90 semble fortement surestimé par rapport à celui fourni par l'EDS réalisée en 1992 (109‰ contre 87,6‰).

Les deux pays en question ne sont que des exemples parmi d'autres. Ils ne permettent pas d'affirmer *a priori* que les Nations Unies surestiment (et, dans d'autres cas, le cas échéant, sous-estiment) systématiquement la mortalité des enfants âgés de moins d'un an. Les hypothèses sur l'évolution de la mortalité varient d'un pays à l'autre et d'une période quinquennale à l'autre; de plus, elles ne sont pas quantifiées. Par ailleurs, le chevauchement des périodes rend très difficile l'explication des écarts constatés avec les résultats provenant d'autres sources, les EDS par exemple. Sans parler, dans ce cas, de la sous-estimation qui affecte trop les indicateurs de mortalité des périodes quinquennales trop éloignées de la date de réalisation des enquêtes.

La connaissance du passé est, quoi qu'il en soit, encore bien trop floue. Tout exercice d'anticipation des tendances futures de la mortalité pour les pays en développement les plus pauvres relève conséquemment de la gageure.

Conclusion

Dans la quasi-totalité des pays, la mortalité a considérablement baissé au cours des 20 dernières années mais les rythmes de déclin sont extrêmement variables.

Les efforts consentis jusqu'ici par les gouvernements doivent être poursuivis, la mortalité demeurant encore élevée par rapport à celle des pays les plus développés.

La réalisation des enquêtes démographique et de santé favorisant une meilleure connaissance de l'évolution de la mortalité des enfants, leur répétition régulière s'impose. Celle-ci permettra de disposer, pour un même pays, de longue série d'indicateurs (de mortalité infantile, par exemple) indispensables pour dégager les tendances lourdes et permettre d'anticiper, moins à l'aveugle, les évolutions futures les plus probables.

BIBLIOGRAPHIE

- AKOTO E., 1985, « Mortalité infantile et juvénile en Afrique : Niveaux et caractéristiques. Causes et déterminants », Département de Démographie, Université de Louvain, 273 p.
- AKOTO E., 1993, « Déterminants socioculturels de la mortalité des enfants en Afrique noire. Hypothèses de recherche d'explication », Institut de Démographie, des Sciences de la population et du Développement, Université Catholique de Louvain, 299 p.

- AKOTO E., 1994, « Évolution et déterminants de la mortalité en Afrique », in « Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique », Koffi N' guessan et al (dir), Séminaire international, ENSEA-ORSTOM, Abidjan du 26 au 29 novembre 1991, éditions ORSTOM, Paris 1994, pp. 49-69.
- BANQUE MONDIALE, Rapport sur le développement du monde 1992, Washington.
- 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, 18 p. (communication présentée dans le cadre du séminaire international sur la mortalité infantile et juvénile en Afrique, organisé par l'IFORD).
- GWATKIN D., « Indication of change in developing country mortality trends » : The end of Era. » In *population and developpement review*, vol n°6, number 4, décembre 1980, pp.615-644.
- PINELLI A. ET AL., 1994, « La mortalité infantile dans les pays développés et les Républiques de l'ancienne Union Soviétique. Tendances et facteurs », *Population*, 2, pp.369-394
- PISON G., 1988, « Mortalité et société en Afrique au sud du Sahara : Présentation d'un cahier de l'INED », *Population*, 6, pp.1127-1134.
- SULLIVAN J.M. ET AL., 1994, « Infant and child mortality », *Demographic and Health Surveys, Comparative studies N°15, Macro International Inc., Calverton, Maryland USA, 57 p.*
- UNITED NATIONS, 1988, « Mortality of children under age 5 . World Estimates and Projections, 1950-2025 ».
- UNITED NATIONS, 1995, Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, Population division, « World Population Prospects, the 1994 Revision », ST/ESA/SER.A/145.