

## Les déterminants de la mortalité des enfants d'âge préscolaire en Algérie

### Résumé

La mortalité juvénile est un bon indicateur du niveau socio-sanitaire de la population. En Algérie, la mortalité demeure un phénomène insuffisamment observé, notamment en ce qui concerne ses causes. La réduction de ce phénomène se poursuit mais, hélas, butte sur des difficultés d'ordre économiques. Cet article portera sur l'analyse du taux de mortalité des enfants d'âge préscolaire en Algérie.

**Mots clés:** mortalité des enfants, développement économique, crise, conditions de vie.

**N. KAÏD TLILANE**

Laboratoire Economie  
et Développement

Université Abderrahmane Mira  
Béjaia, Algérie

### ملخص

تعتبر وفيات الطفولة التي تقل أعمارهم عن 5 سنوات أحسن مؤشر يدل على المستوى الاجتماعي الصحي للسكان. وتبقى هذه الظاهرة في الجزائر غير كافية فيما يخص معرفة وأهمية أسبابها.

إن عملية تحديد وتخفيض هذه الظاهرة هي دائما مستمرة ولكن تواجهها صعوبات اقتصادية.

يتناول هذا المقال تحليل نسبة وفيات الأطفال في سن ما قبل التمدرس.

La santé publique a bénéficié depuis l'indépendance d'importants investissements en matière d'infrastructures sanitaires, d'équipements et de formation de personnel, mais les résultats escomptés n'ont pas été obtenus. Un malaise de plus en plus profond se faisait déjà sentir dès le début des années 80, tant au niveau des consommateurs que des producteurs de la santé.

Une des lacunes de la politique de santé algérienne est l'absence d'un système d'information et d'évaluation. Toute politique de santé, tout choix dans ce domaine doit être basé sur des données recueillies sur le terrain. Or, l'information sanitaire, outil nécessaire au développement de tout système de santé, est peu disponible en Algérie<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Prenons quelques exemples :

- Le cancer est l'une des trois causes principales de mortalité en Algérie, mais les données statistiques relatives à ce domaine sont encore partielles ou estimatives concernant les facteurs favorisant leurs répartitions géographiques, les âges les plus touchés, etc. Pour pouvoir établir un programme de lutte contre ce phénomène, il est indispensable de connaître ces paramètres.

L'objet de cet article est l'analyse du taux de mortalité des enfants d'âge préscolaire en Algérie. Nous allons recourir à des indicateurs qui permettent d'évaluer l'évolution de l'état de santé des enfants, particulièrement durant cette dernière décennie où les données sont moins rares que durant les décennies précédentes. Nous aurions aimé comparer l'évolution de certains paramètres : mortalité infantile et juvénile, l'espérance de vie, etc., en fonction des coûts spécifiques engendrés, mais malheureusement, il est quasiment impossible de les identifier. Nous serons amenés également à comparer ces indicateurs à ceux d'autres pays en développement. Pour ce faire, nous avons pris la précaution de citer des pays de même niveau de développement économique (tels que les pays du Maghreb) et d'autres de niveau de développement économique moindre mais qui ont réalisé de grands progrès en matière de santé. Ceci pour montrer qu'il est possible de faire mieux avec les mêmes moyens.

## **I- L'IMPACT DE LA CRISE ECONOMIQUE SUR LA SANTE PUBLIQUE**

### **1- La période 1985-1993**

Dès le début des années 80, les efforts d'investissement dans le domaine du social, qui sont financés exclusivement sur fonds d'Etat, ont subi un ralentissement avec l'essoufflement des recettes de l'Etat. Cependant, l'effort d'investissement a été maintenu à des niveaux moyens selon les secteurs. Mais la crise économique marquera les mesures prises en matière de politique sanitaire : il s'agit de l'autonomisation des CHU suite à la promulgation du décret du 11 février 1986 portant statut type des centres hospitalo-universitaires. Ainsi, les secteurs sanitaires ne sont plus l'entité de base d'exercice et de coordination des prestations curatives et préventives.

L'accroissement des dépenses sanitaires en Algérie date des années 70 et trouve ses origines dans :

- L'application de la politique d'extension du tissu sanitaire public,
- Des conditions de mise en œuvre des programmes d'investissements sanitaires durant cette période,
- L'instauration de la gratuité des soins,
- Et la forte centralisation de la décision en matière de niveau et de structure des budgets des secteurs sanitaires.

La gestion financière était réduite au respect des procédures administratives et à une gestion de la trésorerie courante. En plus de ces mécanismes de gestion et de régulation inflationniste, les secteurs sanitaires étaient caractérisés par la multiplication des services lourds et des équipes hospitalières.

La croissance des dépenses était de l'ordre de 20% par an. De 1980 à 1984, la part des dépenses de santé par rapport au PIB passe de 3,5% à 5% puis à 6% en 1988 puis chute à moins de 2% en 1996<sup>2</sup>. A partir de 1986, le système sanitaire subira l'impact de la crise économique. En effet, la politique de la gratuité des soins qui faisait accroître la demande de soins et par conséquent des dépenses sanitaires et les modes antérieurs d'organisation, de financement et de gestion des secteurs sanitaires (source de

---

- Un autre exemple, celui de la mortalité maternelle qui est toujours importante en Algérie. Ses causes ne sont que partiellement connues. Or, la prise en charge spécifique exige la nécessité de disposer d'informations précises.

<sup>2</sup> MSP : Développement du système national de santé : stratégie et perspectives, éd. 2001. p. 60.

gaspillage et d'accroissement des dépenses de santé), seront remis en cause. Des mesures de contrôle de l'offre ont été déjà prises dans les années 80. Nous citons : la réduction des flux d'étudiants en médecine et de médecins salariés dans les secteurs sanitaires ainsi que la baisse relative de la distribution des produits pharmaceutiques dans les structures médicales publiques. Cette politique "d'endiguement" des dépenses publiques de santé a engendré des problèmes tels que la fuite des médecins vers le secteur privé et la répartition inéquitable des médecins sur le territoire national, ce qui a aggravé la détérioration de la situation sanitaire des algériens. L'année 1986 sera caractérisée par la remise en cause de la gratuité des soins et l'instauration du ticket modérateur dans la structure publique. Cette politique avait pour objectif de :

- parer aux dépenses vertigineuses des secteurs sanitaires,
- sensibiliser le citoyen et de le faire participer aux dépenses de soins.

Le début de la décennie 90 sera marqué par la priorité accordée à la construction d'hôpitaux aux dépens des infrastructures légères (polycliniques et centres de santé) et, par conséquent, la primauté au système curatif sera accordée au détriment du système préventif. De ce fait, le système de soins sera organisé comme suit :

- une subvention automatique fixe et préétablie fixée, quel que soit le volume des soins, et financée par le budget de l'Etat,
- une participation globale et forfaitaire budgétisée (dont le recouvrement incombe au trésor). Son montant est préétabli en tenant compte des prévisions des dépenses du secteur public de soins et de la participation budgétaire.

Globalement, la période 1985-1993 a été marquée par un désengagement relatif de l'Etat basé sur la tarification journalière et par un nouveau mode de financement qui est le budget adopté par le gouvernement. En 1987, la sécurité sociale finançait près de 65% du budget de fonctionnement des secteurs sanitaires. Par contre, la part de l'Etat est passée de près de 77% en 1974 à environ 20% en 1989<sup>3</sup>. C'est ainsi que la sécurité sociale est devenue la source principale de financement des dépenses nationales depuis le dé plafonnement de l'assiette de cotisations.

## **2- Les effets du PAS sur le système de soins en Algérie**

En 1994, L'Algérie s'est soumise officiellement aux exigences du programme d'ajustement structurel (PAS) imposé par le FMI en raison des difficultés économiques auxquelles elle était confrontée. En matière de politique de santé, les objectifs du programme d'ajustement structurel (PAS) sont :

- sur le plan interne, la compression des dépenses de soins,
- Sur le plan externe, la réduction des importations de médicaments et d'appareillages médicaux d'une part, et la réduction de la prise en charge des soins à l'étranger, d'autre part.

La poursuite du PAS et les mesures de stabilisation économique tentent de limiter les déficits publics et donc la réduction des dépenses de l'Etat. Cette politique se traduit

---

<sup>3</sup> Keddar M. : Financement et gestion des secteurs sanitaires en Algérie. In cahiers du CREAD, n° 13, 1<sup>er</sup> trimestre 1988, p. 46.

essentiellement par une double action<sup>4</sup>:

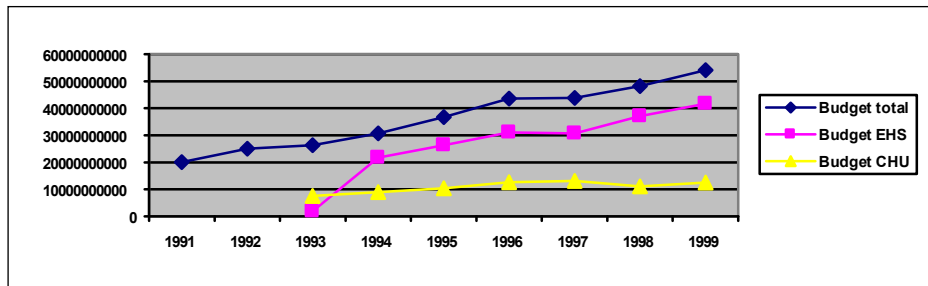
- Action de limitation du secteur public et de la gratuité des soins rendue responsable de la hausse des coûts,
- Action d'extension de la privatisation de l'exercice de la médecine.

Cependant, les mesures prises à cet effet n'ont pas répondu à l'objectif fixé mais, au contraire, ont abouti à une augmentation des charges financées sur ressources collectives, sans que l'efficacité n'ait suivi. En effet, depuis 1995 et sous les recommandations de la Banque Mondiale qui préconise la réduction des coûts, la gratuité totale des soins a laissé place :

- Au paiement des consultations et actes médicaux dont les tarifs officiels sont largement en deçà des honoraires réellement perçus par les médecins,
- Une contribution forfaitaire aux frais d'hospitalisation de 100 DA par jour, non remboursables.

Par ailleurs, l'évolution des ressources du secteur public, en dinars courants, montre une évolution contrastée<sup>5</sup> (figure 1). Malgré la crise et la récession, le secteur public continue à bénéficier de ressources croissantes : elles ont été multipliées, en valeur nominale, par 5,5 entre 1985 et 1995 et augmentées de 83,92% entre 1995 et 1998. Son financement devient de plus en plus budgétaire (24% en 1986, 30% en 1988 et 60% en moyenne entre 1992 et 1995), alors que la gratuité avait été financée essentiellement par la sécurité sociale<sup>6</sup>.

**Figure 1:** Evolution des dotations budgétaires des établissements sanitaires selon le type d'établissement au niveau national, en DA courants.



Graphique réalisé par nos soins à partir des données du MSP : *Annuaire statistique sanitaire*, éditions 1993 à 1998 et 2000.

Les graphiques 2 et 3 montrent que, globalement, les dotations budgétaires des établissements sanitaires concernant la période de 1991 à 1999 ont subi une baisse relative. Les tendances sont les suivantes :

1°- En dinars courants, les dotations budgétaires sont en forte progression puisqu'elles passent de 20,1 milliards DA en 1991 à 54.150.700.000 DA en 1999, soit un indice

<sup>4</sup> Oufriha F.Z.: Ajustement structurel, privatisation et dépenses de santé en Algérie. *In* cahiers du CREAD n° 41, éd. 1997, P. 89. 1993 à 1998 et 2000.

<sup>5</sup> Idem. p. 90.

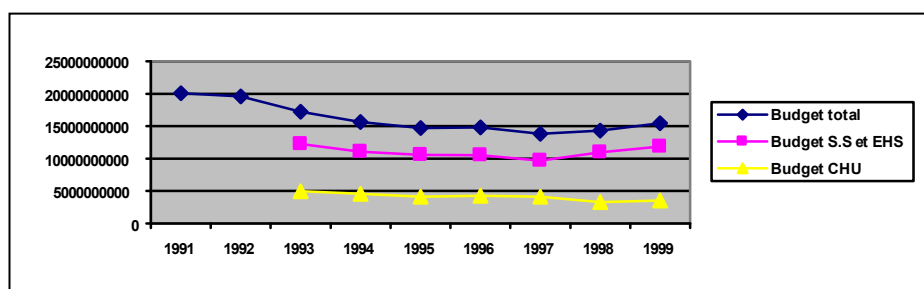
<sup>6</sup> Idem.

d'évolution de 269,41 sur la base 100 en 1991. Cette augmentation est due essentiellement à l'inflation.

2°- En dinars constants, les dotations ont subi une baisse graduelle de 1991 à 1997, puis une hausse relative et continue jusqu'en 1999 pour atteindre un montant de 15.433.305.909 de DA. Depuis 1998, les dotations budgétaires du secteur de la santé tendent vers une légère amélioration.

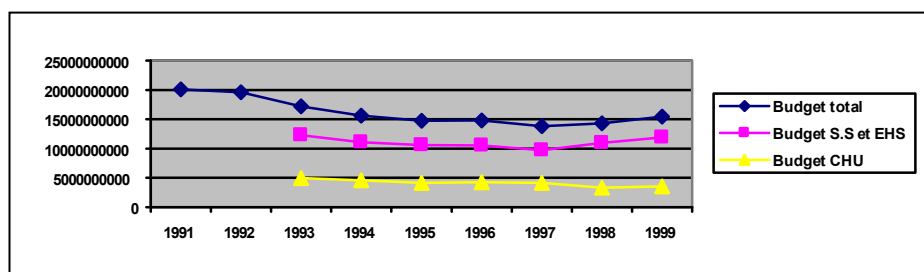
3°- Par type d'établissement sanitaire (Secteurs Sanitaires, EHS et CHU), l'étude montre une certaine stabilité des parts respectives en matière de dotations budgétaires. Cependant, on constate une tendance à l'augmentation des parts relatives aux Secteurs Sanitaires et EHS durant la période allant de 1993 à 1999 en dinars courants. En dinars constants, la tendance est plutôt à la baisse jusqu'à 1997, puis une à la hausse à partir de 1998. Ce qui explique le renforcement des soins de santé de base comme principe fondamentale de la politique nationale de santé, principe retenu comme deuxième priorité de la santé après l'engagement résolu en faveur de la prévention<sup>7</sup>.

**Figure 2:** Evolution du budget de fonctionnement de la santé selon le type d'établissement en Algérie, en DA constants.



Graphique réalisé et ratios calculés par nos soins à partir des données de :  
MSP : *Annuaire statistiques sanitaires, éditions 1993 à 1998 et 2000.*  
ONS : *Collections statistiques, n° 91, édition 2000. Base 100 : 1989.*  
ONS : *4<sup>ème</sup> RGPH, résultats préliminaires 1998, n°270.*

**Figure 3:** Evolution de la consommation budgétaire globale de la santé au niveau national.



Graphique réalisé par nos soins à partir des figures 1 et 2.

La figure 3 indique l'évolution des dépenses en dinars courants et en dinars

<sup>7</sup> MSP : Charte de la Santé, les assises nationales de la santé, Alger 1998. P. 6.

constants par rapport à l'évolution des prix des biens de consommation. Nous avons calculé également les dépenses par habitant suivant l'évolution de la population estimée. Les ratios calculés indiquent que, comparées à l'évolution du nombre d'habitants, les dépenses de santé par habitant en dinars courants ont plus que doublé, passant de 783,84 DA en 1991 à 1794,91 DA en 1999, alors que, par rapport à l'évolution des prix des médicaments, elles ont subi une chute considérable entre 1991 et 1997. Les dépenses de santé par habitant ainsi déflatées représentent en 1997 pratiquement le quart de ce qu'ils étaient en 1991.

Cependant, l'étude de l'évolution des dotations budgétaires par poste de dépense ne fait que confirmer la principale caractéristique de notre système de soins à savoir: favoriser l'aspect curatif à l'aspect préventif. Ceci est bien mis en évidence à travers l'évolution de la consommation budgétaire globale par nature de dépenses. En effet, le tableau 1 montre que :

**Tableau 1:** Evolution de la consommation budgétaire globale par nature de dépenses en %.

Nature des Dépenses	1974	1982	1990	1992	1993	1995	1996	1997	1998	1999
-Personnel	64,82	62,61	74,40	75,30	74,54	72	65	66	68,5	67,1
-Formation	-	-	-	3,72	3,31	3	3	3	3	2,8
-Alimentation	5,42	5,93	4,74	2,68	2,66	3	3	2	2,2	2,0
-Médicaments	17,70	12,65	6,30	10,02	9,78	12	15	16	14,3	16,2
-Prévention	4,11	-	1,45	0,94	1,15	1	3	2,5	2	1,8
-Matériel médical	-	-	-	1,46	1,46	2	2	2,5	2,4	3,47
-Entretien des infrast. sanitaires	-	-	-	1,03	1,11	2	2	1,5	1,7	1,6
-Autres dépenses	-	-	-	4,74	4,50	5	6	5	4,8	4
-Œuvres sociales	-	-	-	-	1,40	1	1	1	1,1	1
-Recherche médicale	-	-	-	0,11	0,09	0,10	0	0,50	0,03	0,03

Source : Ratios Calculés à partir des statistiques sanitaires MSP, Ed. 1993 à 1998 et 2000.

- Le budget de la santé est consacré dans sa quasi-totalité (plus de 2/3) à la rémunération du personnel. Cette part des dépenses représentait 60% en 1985, passe à 75,30% en 1992 puis à 68,5% en 1999. Cette régression, qui a commencé depuis 1992, peut s'expliquer par l'émergence du secteur privé, et la volonté politique de le développer a été affirmée, au point où les départs volontaires des médecins dans les établissements hospitaliers publics ne sont plus remplacés et les postes supprimés laissant ainsi les services à l'agonie du fait, déjà, du manque aigu de moyens matériels, alors que la part attribuée aux autres titres n'a fait que diminuer, comme nous l'avons déjà vu.

- Les médicaments occupent la deuxième place en terme de niveau des dépenses de fonctionnement. La part du médicament a subi une réduction de 2/3, passant de 17,7% en 1974 à 6,3% en 1990, puis a augmenté progressivement pour arriver à 16,3% en 1999 et à 16% en 2001 selon le MSP. Ces dépenses sont, toutefois, insuffisantes pour répondre aux besoins en médicaments dans le secteur public, d'autant plus que les pénuries sont fréquentes. Importé à près de 65%, la facture des médicaments passe de 600 millions de dollars en 1994 à 345 millions de dollars en 1999 et à 442 millions de dollars en 2000. De plus, les prix des médicaments ont subi une hausse excessive.

- Quant aux dépenses de "matériel médical" et "entretien", elles ont également connu la même évolution que les titres précédemment cités. Leurs parts respectives passent de 1,46 % et 1,03% en 1992 à 3,47% et 1,6% en 1999. Durant les trois décennies suivant l'indépendance, l'Etat algérien a investi en équipement médical, puis les difficultés économiques des années 90 n'ont permis ni de le maintenir, encore moins de le remplacer, ce qui explique leur état d'hors service. Le taux de panne représentait 20% en 1998.

- La part des dépenses de fonctionnement publiques pour le titre prévention est seulement de 2%. Elle a été légèrement revalorisée en 1996 où elle occupait 3% du budget global contre 0,94% en 1992. A partir de 1997, cette part qui est déjà assez faible subit une baisse continue pour atteindre 1,8% en 1999. Il serait intéressant de connaître les montants alloués aux différents programmes publics de santé (notamment le programme élargi de vaccination), ce qui permettrait l'évaluation des résultats obtenus (taux de mortalité infantile, taux de mortalité des moins de 5 ans, etc.) en fonction des dépenses effectuées. Ces données font malheureusement défauts.

- La part de l'alimentation ne cesse de baisser, passant de 5,42% en 1974 à 2,05% en 1999. Ceci, probablement, parce que les malades hospitalisés sont généralement nourris par leur famille qui leur ramène tous les repas pendant toute la durée d'hospitalisation.

Aujourd'hui, la rationalisation, et non le rationnement, des dépenses s'impose. Pour cela, il est nécessaire d'améliorer le rapport coût/efficacité du système de santé algérien. Autrement dit, il s'agit d'améliorer les résultats sanitaires pour chaque dinar dépensé.

## **II- LA MORTALITE DES ENFANTS D'AGE PRESCLAIRE EN ALGERIE**

La mortalité des enfants d'âge préscolaire (infantile et juvénile) est un indicateur sensible, révélateur du niveau de santé, du niveau socio-économique et de la situation nutritionnelle. En Algérie, la mortalité infantile a connu une baisse de près de moitié entre les recensements de 1966 et de 1987, passant respectivement de 132,2 ‰ à 64,4 ‰. Puis, selon les données publiées par l'Office National des Statistiques, ce taux a connu une réduction lente entre 1981 et 1984 (84,7 ‰ à 81,4 ‰) et une chute brutale entre 1985 et 1989 passant de 78,3 ‰ à 57,1 ‰ respectivement, soit une baisse de 21,2 points en l'espace de 4 ans. Durant la décennie 90, la mortalité infantile a connu une baisse de 1991 à 1994 passant de 56,6 ‰ à 54,2 ‰, une stabilité de 1994 à 1996 avec un taux de 54 ‰ puis, affiche une tendance à la hausse en 1997 (56 ‰). Cette tendance est le résultat, semble-t-il, d'une transition démographique caractérisée par une fécondité basse (indice synthétique de fécondité inférieur à 3 enfants par femme en 1998) et une mortalité infantile importante<sup>8</sup> (figure 5).

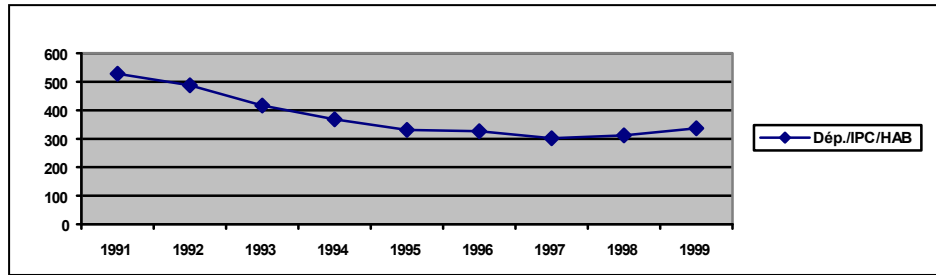
Nous pouvons comparer l'évolution des indices des dépenses de santé par habitant et celui du taux de mortalité infantile que nous représentons sur deux graphiques à partir de l'année 1991. Les graphiques 4 et 5 permettent de faire le constat suivant : il existe une corrélation entre l'évolution des dépenses publiques de santé et celle du TMI. Néanmoins, d'autres variables explicatives telles que la vaccination, la disponibilité des

---

<sup>8</sup> MSP et INSP : Enquête Nationale sur les objectifs de la fin – décennie 90 : Santé de la mère et de l'enfant. EDG Algérie 2000. ANDS, Alger 2001. p. 105.

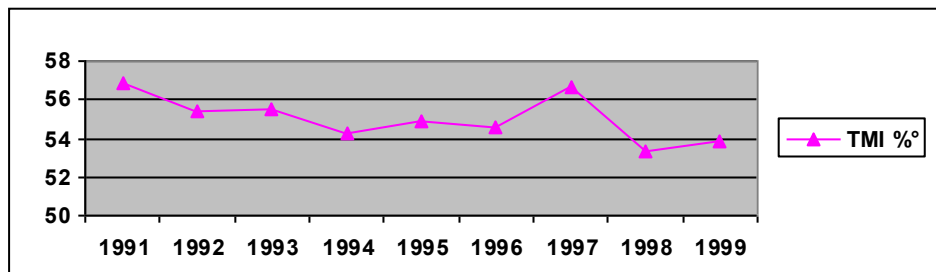
structures de soins, les conditions d'hygiène et d'habitat, la nutrition, le revenu du ménage, etc. doivent être prises en considération.

**Figure 4:** Evolution des dépenses publiques de santé par habitant au niveau national.



Graphique réalisé et ratios calculés par nos soins à partir des données de :  
 MSP : *Annuaire statistiques sanitaires* : 1993 à 1998 et 2000.  
 ONS : *Collections statistiques*, n° 91, éd. 2000. Base 100 : 1989.  
 ONS : *4<sup>ème</sup> RGPH, résultats préliminaires 1998*, n°270.

**Figure 5:** Evolution du TMI au niveau national.



Graphique réalisé à partir des données de l'ONS : *Données statistiques n° 277*.

Plusieurs facteurs intervenant à des niveaux différents déterminent la mortalité des enfants. Nous citons entre autres<sup>9</sup> :

- Les facteurs économiques : type d'habitation, taux d'occupation, niveau de revenu, assainissement et accès à l'eau potable, CSP, équipement du ménage,
- Les facteurs éducatifs : analphabétisme, niveau de scolarisation,
- Les facteurs liés à la fécondité : attitude contraceptive, intervalle intergénéral,
- Les facteurs sanitaires : accès et disponibilité des soins, surveillance prénatale, lieu et assistance à l'accouchement,
- Les facteurs biologiques : consanguinité parentale, âge de la mère, poids à la naissance.

Dans la quasi-totalité des pays en développement, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires constituent respectivement la première et la deuxième cause de

<sup>9</sup> MSP et INSP : *Enquête Nationale sur les objectifs de la fin – décennie 90 : Santé de la mère et de l'enfant*. EDG Algérie 2000. ANDS, Alger 2001. p. 105.



morbidity et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. En Algérie, les maladies mortelles des enfants sont essentiellement, les diarrhées, la méningite, les fièvres typhoïdes et les infections respiratoires aiguës et la rougeole<sup>10</sup>. Malgré les dépenses effectuées pour lutter contre les maladies infectieuses, elles restent encore un véritable fléau, emportant chaque année des centaines de victimes particulièrement les enfants âgés de moins d'un an. En effet, en valeur absolue, le nombre de décès totaux est passé de 129.686 en 1999 à 127.951 en 2000 et à 129.092 en 2001. Les décès infantiles durant les mêmes années représentent respectivement 21.798, 20.291 et 21.622 soit 16,50% environ des décès totaux<sup>11</sup>.

Pour un bon nombre de spécialistes en la matière, cette permanence des maladies infectieuses est le résultat évident d'une insuffisance manifeste au niveau de la prise en charge des aspects prioritaires de l'hygiène du milieu. Le meilleur garant d'une protection efficace et durable du citoyen contre tout risque de maladie est l'éducation sanitaire des populations ainsi que le respect individuel et collectif des règles d'hygiène. Mais, dans les conditions actuelles du pays, il est illusoire de croire que la sensibilisation des citoyens peut permettre à elle seule, d'atténuer le risque d'épidémie, du moins pour ce qui est des infections nécessitant de sérieuses mesures d'hygiène. Dans ce cadre précis, l'éradication des maladies infectieuses est une affaire intimement liée au développement économique et social. Elle nécessite donc des moyens de lutte importants.

### **1- L'une des causes de la mortalité infantile évitable par la vaccination : la rougeole**

En Algérie, la rougeole est l'une des principales causes de mortalité infantile dont la vaccination a été rendue obligatoire en 1985. En 2001, La rougeole provoquait plus de 7% des décès des enfants de moins de 5 ans dans le monde, dont la moitié ont moins d'un an<sup>12</sup>. En 2002, dans plus de 15 pays, moins de la moitié des enfants sont vaccinés contre la rougeole. Néanmoins, le nombre total de cas déclarés dans le monde a diminué de près de 2/3 entre 1990 et 1999<sup>13</sup>. Ce qui montre la volonté politique des pays pour l'amélioration de la santé des enfants. En Algérie, il suffit de 51,86 DA<sup>14</sup> pour protéger un enfant à vie contre la rougeole. En 1998, l'UNICEF a publié dans le rapport annuel "*les progrès des nations*" un classement des nations en fonction de la vaccination antirougeoleuse, mais sous un autre angle : selon le pourcentage des enfants non vaccinés, ceux ayant été dénié de leur droit fondamental aux soins de santé. L'Algérie a été classée avant dernière (17<sup>ème</sup> avec un taux de 32% de non vaccination<sup>15</sup>) avant le Yémen (49% : où environ la moitié de la population des enfants est non vaccinée) parmi les pays d'Afrique du Nord et Moyen Orient où la moyenne régionale était de 16% (ce qui représente la moitié de ce taux en Algérie).

---

<sup>10</sup> MSP - INSP: Séminaire - Atelier sur les programmes de santé maternelle et infantile, éd. ANDS, 1997.

<sup>11</sup> ONS : Données Statistiques n° 326, éd. 2001 et n° 353 éd. 2003 (non encore paru).

<sup>12</sup> UNICEF : La situation des enfants dans le monde, édition 2001, p. 68.

<sup>13</sup> UNICEF : La situation des enfants dans le monde, édition 2002, p. 86.

<sup>14</sup> Calcul fait selon les données du MSP, direction de la prévention. 25,93 DA x 02 doses = 51,86 DA.

<sup>15</sup> En 2000, ce taux représentait 22% selon : MSP et INSP : Enquête Nationale sur les objectifs de la fin – décennie 90 : Santé de la mère et de l'enfant. EDG Algérie 2000. ANDS, Alger 2001. p. 78.

Un effort considérable a été fourni en matière de vaccination contre la rougeole dans cette région. Cependant, durant la décennie 90 la crise économique a ralenti ces efforts. Parmi les pays de l'Afrique du Nord et du Moyen Orient, Oman est celui qui a obtenu des résultats extraordinaires en matière de vaccination contre la rougeole, en l'espace de 10 ans. En revanche, l'Algérie est le pays qui a réalisé le plus fort taux de régression, en perdant, à la fin des années 90, la moitié des acquis obtenus au début de cette décennie.

Ainsi, la rougeole demeure quand même relativement importante en Algérie (22% de non vaccination) par rapport à des pays ayant un niveau de vie similaire (Jordanie 2% de non vaccination) ou inférieur (Syrie 16% de non vaccination). En revanche, on observe un taux de non vaccination relativement élevé par rapport à des pays ayant un niveau de vie plus élevé que les pays précédemment cités tels que, dans la région, les Emirats arabes unis dont le PNB par habitant est le deuxième après celui du Koweït (tableau 2).

Souvent, des divergences existent entre les rapports systématiques et les résultats des enquêtes et ce, même dans les pays développés. En effet, selon l'UNICEF, en 1996 les taux de vaccination dans les 40 plus grands pays du monde étaient ajustés pour tenir compte de ce décalage. Ainsi, même les *'meilleures'* statistiques disponibles pour mesurer le bien-être des enfants peuvent avoir des défaillances si les pays ne leur réservent pas la priorité nécessaire. Il est nécessaire que les pouvoirs publics consacrent plus de ressources à la collecte des données s'ils veulent satisfaire le droit des enfants à la santé.

**Tableau 2:** Classement des pays d'Afrique du Nord et du Moyen Orient selon la non-vaccination des enfants contre la Rougeole (en %).

Pays	Classement 1998	Evolution du taux de non vaccination des enfants (en %)			PNB par habitant* 1999 en \$US
		1998°	1990-91°	1998	
Koweït	1	34	7	1	19020
Jordanie	2	89	17	2	1500
Oman	2	93	4	2	4940
Iran	4	56	16	5	1760
Israël	5	31	12	6	17.450
Maroc	6	-	20	7	1200
Arabie saoudite	7	90	10	8	6910
Libye	7	38	41	8	5540
Tunisie	9	35	18	14	2100
Egypte	10	41	10	15	1400
Liban	10	-	49	15	3700
Syrie	12	83	13	16	970
Turquie	12	48	34	16	2900
Emirats Arabes Unis	14	66	19	17	17870
Iraq	15	67	32	20	2170
Soudan	16	99	41	25	330
Algérie	17	83	17	32	1550
Yémen	18	96	41	49	350
Moyenne régionale	-	-	23	16	2106

Source : extrait de : UNICEF : *Le Progrès des Nations*, Ed. 1998, p.17.

\* : UNICEF : *Situation des enfants dans le monde*, Ed. 2001, pp. 78 à 81.

° : données adaptées à partir de UNICEF : *Situation des enfants dans le monde*, Ed. 1984, PP. 242, 143 et Ed. 1993, pp. 74, 75.

## **2- Le développement économique est un des facteurs influant sur la survie des enfants**

Si l'UNICEF accorde une importance primordiale au taux de mortalité infantile, c'est parce que, d'une part, il estime que l'amélioration de la vie des enfants a autant d'importance que la croissance économique, et d'autre part, contrairement au PNB par habitant, que la richesse disproportionnée d'une minorité peut contribuer à relever substantiellement le taux de mortalité infantile. Il ne peut être réduit dans des proportions significatives que moyennant une amélioration de la santé et des conditions de vie de la majorité de la population.

Il y a moins d'un siècle, les taux de mortalité infantile d'Europe et d'Amérique du Nord étaient aussi élevés qu'actuellement dans le Tiers-Monde. Dans la ville de New York, par exemple, le taux de mortalité infantile se situait à environ 14% en 1900 et les principales causes de la mortalité infantile étaient pratiquement les mêmes à l'époque à New York qu'aujourd'hui dans le Tiers-Monde. Il s'agit des infections diarrhéiques, la malnutrition, les infections des voies respiratoires et la coqueluche<sup>16</sup>.

Dans l'ensemble des pays développés, le TMI a diminué, en un demi-siècle, plus rapidement que quiconque l'eut jamais cru possible. Il semble que c'est la hausse du niveau de vie (l'amélioration de l'alimentation, de la qualité de l'eau, du logement, de l'assainissement, de l'éducation et des revenus) qui a entraîné la réduction de ce taux. Il est vrai que l'extension des soins maternels et infantiles a indubitablement joué un rôle important dans ce processus, mais cependant, la technologie sanitaire et les services médicaux n'ont constitué qu'un facteur secondaire. Des vaccins efficaces contre la rougeole, par exemple, n'ont été mis au point qu'après que l'amélioration de la nutrition ait permis de réduire pratiquement à zéro le nombre des décès provoqués par cette maladie.

Vers le milieu du 20<sup>ème</sup> siècle, la mortalité infantile a commencé à décliner tout aussi rapidement en Afrique, en Asie et en Amérique latine. Dans la partie la plus pauvre du globe, le taux de morbidité infantile est passé de 20% à 10% entre 1950 et 1975, soit une chute de 50% en seulement un quart de siècle<sup>17</sup>. La plupart des observateurs estimaient alors que le Tiers-Monde suivait dans ce domaine la voie du monde industrialisé, et ils envisageaient avec confiance la poursuite de la baisse du taux de mortalité infantile dans ces pays. Ce n'est qu'en 1980 que l'Assemblée Générale des Nations Unies adopta l'objectif de réduire la mortalité infantile dans tous les pays à 5% au moins à l'horizon 2000. Or, cet objectif n'a pas été atteint. Selon les indications les plus récentes, le taux de mortalité infantile de 67 nations dépasse encore aujourd'hui largement les 5% (42 pays ont un taux de mortalité infantile : 5% < TMI < 10% et 25 pays dont ce taux est supérieur ou égal à 10% en 1999)<sup>18</sup>. Cette situation

---

<sup>16</sup> UNICEF : progrès des nations, éd. 1999.

<sup>17</sup> UNICEF : *Situation des enfants dans le monde*, Ed. 1984, p. 229.

<sup>18</sup> Calcul fait par nos soins à partir des données de l'UNICEF : *Situation des enfants dans le monde*, éd. 2001, pp. 78 à 81.

conduit à se poser deux questions : quelle est la cause de ce ralentissement du progrès dans le domaine de la santé des enfants ? Et pourquoi le taux de mortalité infantile n'a-t-il pas continué à décliner aussi rapidement dans le Tiers-Monde que dans le monde industrialisé ?

Depuis 1985, le développement économique demeure bloqué par la récession mondiale, l'endettement, la détérioration des termes de l'échange, les désordres sociaux internes, le niveau élevé du chômage et la stagnation du niveau de vie. En effet, il suffit de considérer la trop longue liste des pays dont le taux de mortalité reste important, bien que leur PNB se situe à un niveau relativement élevé ; cela démontre que la conversion du progrès économique en résultat tangible au profit des enfants les plus pauvres et leurs familles n'est pas toujours possible, ni même automatique. En revanche, d'autres pays ont pu réduire considérablement leur TMI alors que le PNB par habitant est relativement faible, comparé à ceux qui détiennent plus de richesses (tableau 3).

**Tableau 3:** Niveau de développement économique et mortalité infantile dans le monde.

Pays	Taux de mortalité Infantile (pour 1000)	PNB par habitant 1999	Pays	Taux de mortalité Infantile (pour 1000)	PNB par habitant 1999
Suisse	3	38.350	Hongrie	9	04.650
Suède	3	25.040	Pologne	9	03.960
Japon	4	32.230	Slovaquie	9	03.590
Autriche	4	25.970	Jamaïque	<b>10</b>	<b>02.330</b>
Luxembourg	<b>5</b>	<b>44.640</b>	Koweït	<b>11</b>	<b>19.020</b>
Allemagne	5	25.350	Chili	11	04.740
France	5	23.480	Qatar	<b>12</b>	<b>12.000</b>
Portugal	5	10.600	Bahreïn	13	07.640
Rép. Tchèque	<b>5</b>	<b>05.060</b>	Costa Rica	13	02.740
Belgique	<b>6</b>	<b>24.510</b>	Oman	14	04.940
Italie	6	19.710	Bulgarie	<b>14</b>	<b>01.380</b>
Israël	6	17.450	Sri Lanka	<b>17</b>	<b>00.820</b>
Espagne	6	14.000	Ukraine	<b>17</b>	<b>00.750</b>
Cuba	<b>6</b>	<b>01.170</b>	Féd. de Russie	<b>18</b>	<b>02.270</b>
USA	<b>7</b>	<b>30.600</b>	Bahamas	<b>18</b>	<b>12.400</b>
Emirats arabes unis	8	17.870	Venezuela	20	03.670
Croatie	8	04.580	Yougoslavie	<b>20</b>	a*
Malaisie	<b>8</b>	<b>03.400</b>	Arabie saoudite	<b>20</b>	<b>06.910</b>

Source : Tableau réalisé à partir des données de l'UNICEF : Situation des enfants dans le monde, Ed. 2001.

a\* : fourchette 756 \$- 2995 \$

En cette période de récession, des milliers d'enfants risquent de mourir chaque jour et des milliers d'autres continueront de vivre malades et affamés si l'on ne prend pas des mesures incitatives. Les conditions de vie difficiles de ces enfants vont à l'encontre de tout progrès social qui est l'objectif même de tout développement économique. En outre, l'instauration d'un nouvel ordre économique plus équitable et plus efficace devient de plus en plus illusoire, notamment à l'heure de la mondialisation. Nous nous

demandons quel sera l'avenir des enfants dans ce processus de mondialisation et notamment le sort réservé aux enfants démunis ?

On peut raisonnablement déduire que la croissance économique, qui était considérée comme moyen privilégié permettant d'éliminer la pauvreté et la misère, n'apparaît plus comme la condition nécessaire et suffisante du progrès social. Ainsi, l'objectif de la maximisation du PNB par tête est considéré comme restrictif. Pour pallier cette insuffisance de l'objectif de la croissance, il est impératif de lui associer les indicateurs sociaux.

### **3- Amélioration des conditions de vie des enfants**

#### **3.1- Les caractéristiques de la famille**

Il s'agit ici des caractéristiques du foyer et de la collectivité dans lesquels l'enfant naît et vit, à l'exclusion des facteurs démographiques, sanitaires et économiques. L'élément déterminant est probablement le niveau d'instruction des parents. Dans tous les pays, ou presque, pour lesquels nous disposons de données, tous les indices de bien-être des enfants montrent une amélioration nette et régulière à mesure qu'augmente le nombre d'années d'étude des parents. Cochrane (1979)<sup>19</sup>, en résumant 17 enquêtes, a montré que, dans les deux tiers des cas, la mortalité juvénile infantile décline de façon indiscutable quand le niveau d'instruction de la mère augmente. La preuve la plus solide et la plus convaincante de l'importance de ce facteur est probablement donnée par Caldwell (1979)<sup>20</sup>. En analysant les résultats d'enquêtes menées au Nigeria, il a constaté que le niveau d'instruction de la mère est le principal déterminant de la mortalité infantile. Cette conclusion reste vraie même après contrôle d'autres variables comme l'instruction et la profession du père, l'âge et la profession de la mère, le lieu d'habitation, le type de mariage, et l'accessibilité des services sanitaires.

#### **3.2- Les conditions économiques**

Le revenu de la famille (en particulier de la mère) apparaît comme une condition nécessaire, mais non suffisante, pour la satisfaction des besoins de l'enfant, surtout dans le domaine de la nutrition, des soins médicaux, de l'habillement et du logement. Il semble donc que, jusqu'à un certain point du moins, le risque de mort pour les enfants doit diminuer avec l'augmentation du revenu du foyer, dans la mesure où elle entraîne, toutes choses égales par ailleurs, une amélioration de l'alimentation, du logement, de l'hygiène et de l'habillement.

Carvajal et Burgess (1978)<sup>21</sup> ont vérifié l'hypothèse selon laquelle les facteurs socio-économiques exercent une influence majeure sur le risque de mort fœtal ou juvénile infantile (mis à part les causes biologiques et congénitales). Ils ont constaté que

---

<sup>19</sup> Cochrane S.: The effects of education on health, World Bank Staff Working Paper n° 405 (Washington, D.C., July 1980). Et cité par UNICEF : Jolly R. et Gornia G. : l'impact de la récession mondiale sur les enfants. Ed. Archimbaud / Birr, La Différence, 1984. p. 43.

<sup>20</sup> Caldwell J.: Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigerian data, Population Studies. Volume 33, (1979). In Unicef: Jolly R. et Gornia G. p. 43.

<sup>21</sup> Carvajal M. et Burgess P.: Socio-economic determinants of foetal and child deaths in Latin America: a comparative study of Bogota. Caracas and Rio de Janeiro. Social Science Medicine. Vol. 120, 1978. In Unicef, Jolly R. et Gornia G. p. 47.

l'influence du revenu sur la mortalité est égale, en pourcentage, à celle de l'instruction de la mère. Selon les auteurs, l'augmentation du revenu entraîne une diminution de la mortalité fœtale pour plusieurs raisons :

- 1°- elle empêche la malnutrition qui survient plus souvent dans les familles à faible revenu,
- 2°- Elle améliore l'hygiène dont l'absence est une cause de morbidité dans ces mêmes familles,
- 3°- Elle permet aux mères de bénéficier de soins médicaux au cours de leur grossesse.

Un résultat intéressant constaté récemment par plusieurs auteurs est que dans les pays en développement le revenu de la mère est un indice plus révélateur du niveau nutritionnel de l'enfant que le revenu familial, car le premier reflète la proportion de ressources que la femme est libre de consacrer à la nourriture et au bien-être des enfants. L'effet positif du revenu maternel est significatif sur le plan statistique, même en incorporant un facteur négatif à savoir le nombre d'heures où la mère est absente. Plusieurs autres études ont été faites dans ce sens et toutes arrivent à la conclusion analogue qui montre : les possibilités de déclin de la mortalité que comporte le développement économique par l'augmentation de la consommation des ménages et l'amélioration de l'alimentation, du logement et de l'habillement, de l'instruction des parents, etc. Cependant, nous rejoignons Wolfe et Behrman (1983)<sup>22</sup> qui suggèrent que pour des populations du type des pays en développement, les mesures spécifiques de la nutrition, par exemple, la disponibilité des produits alimentaires sur les marchés à bas prix, est plus utile pour améliorer l'alimentation familiale que les augmentations générales du revenu. Ils remarquent que l'élasticité de la demande alimentaire par rapport au revenu constaté est si faible qu'elle infirme l'idée d'une augmentation des revenus comme préalable à l'amélioration de la nutrition. Dans les cas analysés, une augmentation de revenu n'aurait pas beaucoup d'effet sur l'alimentation de la famille et, par conséquent, des enfants. Par contre, les effets de prix sont significatifs, et ils laissent supposer que, selon eux, l'intégration du marché, accompagnée de mesures annexes assurant une augmentation de revenu réel, et le développement de l'éducation des femmes en matière de nutrition, devraient se traduire par une amélioration de l'alimentation.

### **3.3- Priorité aux conditions de logement et d'hygiène**

Selon les données relatives aux caractéristiques du logement (qui constituent sans aucun doute des indicateurs fiables de l'état de santé de l'enfant), si certains besoins fondamentaux ne sont pas encore satisfaits, l'évolution subjective des différents éléments du logement et du cadre de vie sera décevante, surtout en raison des problèmes posés par l'environnement. A cet égard, il faut noter que ces problèmes sont étroitement liés au développement économique, qu'ils sont vraisemblablement exposés à l'influence des fluctuations économiques et qu'ils peuvent donc être pour une part à l'origine de résultats paradoxaux liés aux ralentissements économiques.

---

<sup>22</sup> Wolfe B. et Behrman J.: Is income overrated in determining adequate nutrition. *Economic Development and Cultural Change*. Vol. 31, Science n° 3, 1983. In UNICEF, Jolly R. et Gornia G. p. 47, 48.

En Algérie, si le secteur de la santé a bénéficié de gros investissements, il n'en est pas de même pour d'autres secteurs sociaux d'importance aussi vitale tels que l'habitat et l'hydraulique. Le premier accuse un déficit considérable (100.000 logements par an à partir de 1980) en raison de la croissance démographique, et le second a été pratiquement négligé jusqu'au début des années 80. Il en résulte la coexistence de phénomènes contradictoires. En effet, on assiste parallèlement à une amélioration sensible du niveau de vie et à une dégradation tout aussi sensible du cadre de cette vie et des conditions d'hygiène, en particulier.

En dépit des efforts consentis dans le domaine de l'habitat, la persistance des mauvaises conditions de logement s'explique donc, en partie, par des réalisations insuffisantes par rapport aux besoins. Dans cette situation, ce sont les enfants qui souffrent le plus, non seulement parce qu'ils sont vulnérables, mais aussi parce que l'exiguïté des logements, en règle générale, fait que ces enfants ne disposent pas de cadre de vie élémentaire pour un développement harmonieux de leurs structures mentales et aussi pour le repos du corps. La rue est malheureusement trop souvent leur premier milieu d'accueil avec toute la charge « *contre éducative* ». Le manque de loisirs renforce aussi une dangereuse oisiveté dont les effets les plus perniciose se manifestent à l'âge sensible de l'adolescence.

Ainsi, l'enfant se trouve pris dans une spirale de contraintes, d'interdits et d'inerties. Les connaissances acquises en milieu scolaire peuvent-elles être valorisées dans un tel contexte ? Certainement pas. Notons que le secteur scolaire avec, dans une mesure moins importante, celui des centres de vacances, constituent actuellement les seuls cadres organisés où s'effectue une prise en charge des enfants.

A côté de ces besoins primaires, l'enfant ressent celui d'un défoulement. Son énergie physique concentrée trop longtemps peut devenir agressive. Son potentiel créatif comprimé à outrance peut donner lieu à de graves blocages psychiques, souvent irréversibles. Ainsi, au plan physique, il faut lui permettre de « *purifier* » son corps et ses facultés mentales ; sur le plan intellectuel, on doit lui donner les moyens de mettre en exercice son imagination, sa mémoire et son intelligence.

## CONCLUSION

La crise économique risque de nous faire perdre de vue l'importance et l'urgence des mesures à prendre pour protéger la santé des populations et particulièrement celle des générations à venir. On ne peut se contenter de diminuer les taux de natalité et de mortalité des enfants d'âge préscolaire. Un taux élevé de morbidité dans un pays donné ne peut qu'entraver le développement physique et intellectuel de l'individu et, par conséquent, le développement économique et social de ce pays. Il est donc impératif d'élargir les objectifs et les méthodes de protection de l'enfance à mesure que l'on vient à bout des symptômes les plus graves.

Les effets de la crise, de l'endettement et du PAS, les contraintes financières du système de soins, les contraintes budgétaires des ménages, la dégradation de l'environnement et les mauvaises conditions de vie des populations, notamment des enfants, font que ces derniers se trouvent de moins en moins bien portants et entraînent des dépenses en soins croissantes et difficilement maîtrisables. En Algérie, les mutations socio-économiques et sanitaires nécessitent une approche nouvelle de la politique de santé. Il s'agit de rechercher une rationalité qui assure une meilleure

adéquation entre les moyens disponibles et les besoins exprimés. Seul le choix d'un système de santé adéquat, favorisant l'action préventive moins coûteuse en capital et en vie humaine, à l'action curative qui entretient non seulement les maladies mais la dépendance extérieure sur le plan technique et médicamenteux, pourrait en diminuer de manière significative le coût social et financier d'une part, et améliorer la santé des citoyens en général et celle des enfants en particulier, d'autre part. De plus, l'engagement de l'état pour soutenir les politiques de santé, d'éducation et de bien-être social est indispensable, et sans lequel le sort des enfants et des catégories les plus pauvres ira s'aggravant.

### Références bibliographiques

1. Caldwell J.: "Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigerian data", *Population Studies*. Volume 33, (1979).
2. Carvajal M. et Burgess P.: "Socio-economic determinants of foetal and child deaths in Latin America: a comparative study of Bogota, Caracas and Rio de Janeiro". *Social Science Medicine*. Vol. 120, 1978.
3. Cochrane S.: "The effects of education on health", World Bank Staff Working Paper n° 405 (Washington, D.C., July 1980).
4. Jolly R. et Gornia G. : "L'impact de la récession mondiale sur les enfants". Ed. Archimbaud / Birr, La Différence, 1984
5. Kaïd Tlilane N. : "Espace Euro-Maghrébin : Intégration régionale et santé des enfants". *Revue Sciences Humaines* n° 17, juin 2002. pp. 37-49.
6. Kaïd Tlilane N. : "Gestion urbaine, environnement et santé : cas de l'Algérie". *Revue Finance et Développement au Maghreb*, Tunis. Juin 2001, n°27, pp. 55-65.
7. Keddar M. : "Financement et gestion des secteurs sanitaires en Algérie". *Cahiers du CREAD*, n° 13, 1<sup>er</sup> trimestre 1988.
8. MSP : Annuaire statistiques sanitaires : 1993 à 1998 et 2000.
9. MSP : Charte de la Santé, les assises nationales de la santé, Alger 1998.
10. MSP - INSP: Séminaire - Atelier sur les programmes de santé maternelle et infantile, éd. ANDS, 1997.
11. MSP et INSP : Enquête Nationale sur les objectifs de la fin – décennie : Santé de la mère et de l'enfant. EDG Algérie 2000. ANDS, Alger 2001.
12. MSP : Développement du système national de santé : stratégie et perspectives, éd. 2001.
13. ONS : Données Statistiques n° 277, éd. 2000 n° 326, éd. 2001 et n° 353 éd. 2003 (non encore paru).
14. ONS : 4<sup>ème</sup> RGPH, résultats préliminaires 1998, n°270.
15. ONS : Collections statistiques, n° 91, éd. 2000.
16. Oufriha F.Z. : "Ajustement structurel, privatisation et dépenses de santé en Algérie". *Cahiers du CREAD*, n° 41, 3<sup>ème</sup> trimestre 1997.
17. UNICEF- OMS : "Un quart de siècle d'études sur la survie de l'enfant algérien", 1970-1995. Alger 1999.
18. UNICEF : Progrès des nations, éd. 1998, 1999.
19. UNICEF : Situation des enfants dans le monde, Ed. 1984, 1993, 1999, 2001, 2002.
20. Wolfe B. et Behrman J.: "Is income overrated in determining adequate nutrition". *Economic Development and Cultural Change*. Volume 31, Science n° 3, 1983. □