

La mortalité infantile et juvénile en Algérie

Dr OUZRIAT Boualem, médecin inspecteur de santé publique
Association maghrébine pour l'étude de la population – section Algérie
Email : ouzriat@yahoo.fr

1. Introduction :

Le niveau de mortalité des enfants est considéré comme un des meilleurs indicateurs du niveau de développement d'une population. Il constitue, en effet, un des paramètres essentiels des composantes de l'indice de développement humain (IDH) que l'Organisation des Nations Unies élabore annuellement.

Etroitement lié à l'état de santé de la population, son niveau de vie et les possibilités qui lui sont offertes en matière d'accès aux soins, la mortalité aux jeunes âges est un phénomène qui implique des facteurs de diverses dimensions. Ces dernières sont tellement liées qu'il est difficile de séparer leurs effets propres.

Son évolution renseigne sur les efforts consentis dans le domaine de la santé maternelle et infantile et permet de ce fait d'apprécier le degré de réussite ou d'échec des politiques et programmes mis en œuvre en la matière.

En outre, l'éducation, surtout celle des mères, est susceptible d'agir sur la survie des enfants. En effet, elle permet à la femme d'assurer un meilleur suivi de la grossesse et facilite l'accès aux informations sur l'hygiène, aux soins et aux services de planification familiale.

Par ailleurs, il est communément admis que le niveau de mortalité infantile est étroitement lié au niveau de la fécondité observé. Un niveau de mortalité infantile élevé conduit les parents à avoir beaucoup d'enfant à l'effet d'assurer la survie de certains d'entre eux.

L'enquête algérienne sur la santé de la famille EASF 2002 s'est intéressée à ce phénomène en y consacrant un volet spécial et en doublant la taille de l'échantillon de l'enquête à l'effet d'une part, de mesurer le niveau de mortalité infantile et d'autre part d'analyser les disparités constatées.

A travers les résultats présentés on essayera d'examiner le niveau de la mortalité infantile et juvénile, ses tendances ainsi que les disparités constatées selon le genre, le milieu de résidence et certaines caractéristiques socio démographiques de la mère. Enfin, la dernière partie sera consacrée à l'évaluation de l'impact des facteurs environnementaux sur le niveau de la mortalité infantile.

2. Bref aperçu sur la politique de santé en Algérie :

L'Algérie accorde une attention particulière au secteur de la santé pour l'amélioration des conditions sanitaires de la population en générale et la protection de la femme et de l'enfant en particulier. Des infrastructures sanitaires et notamment les centres de la protection maternelle et infantile ont été installés à travers l'ensemble du territoire national pour les consultations médicales, l'orientation des cas de grossesses difficiles vers les centres de soins spécialisés, la protection sanitaire après l'accouchement de la femme et de l'enfant, la vaccination et le suivi médical de l'enfant jusqu'à l'âge de 6 ans.

L'introduction des réformes économiques axées sur l'économie du marché dans un contexte de la mondialisation et leurs répercussions sur les conditions sociales de vie de la population a nécessité le réajustement de la politique de population pour lui permettre d'être en adéquation avec le développement économique et social.

Le programme national de maîtrise de la croissance démographique - PNMCD a été adopté en 1983. Il était axé principalement sur :

Le développement des infrastructures de base et l'organisation matérielle devant servir de support d'espacement des naissances ;

Le développement des activités d'informations de sensibilisation et d'éducation destinées à entraîner l'adhésion consciente des populations à l'objectif de la maîtrise de la fécondité ;

L'organisation des activités d'études et de recherches sur les déterminants de la croissance démographique et les relations qu'ils entretiennent avec le développement économique et social.

Parmi les objectifs et priorités fixés pour la période 2000-2010 par le comité de population :

- Le renforcement des liens entre la population et le développement ;
- L'amélioration de la santé reproductive ;
- L'amélioration du système de collecte des données démographiques, des études et recherches en population ;
- La promotion de l'information, éducation et communication ;
- La mobilisation des ressources financières.

Les infrastructures publiques sont structurées dans un réseau de 185 secteurs sanitaires couvrant la totalité du territoire national.

Chaque secteur est un établissement public comprenant un hôpital général, des polycliniques, des centres de santé, des salles de soins et des maternités.

Par ailleurs, le nombre de médecins s'est accru d'une manière substantielle. Le nombre d'habitants pour un médecin est passé 7062 en 1970 à 967 en 2001. En dépit des inégalités spatiales qui existent toujours et que les pouvoirs publics s'attèlent à atténuer, les actuels indicateurs de santé confirment l'amélioration de l'état de santé de la population dans la mesure où :

- L'espérance de vie est passée de 67,3 ans en 1991 à 73,4 ans en 2002 ;
- Le taux de mortalité infantile est de 31,2‰ en 2002, alors qu'il était de 44‰ en 1992 ;
- La grande majorité des enfants de 12 à 23 mois (88,9%) sont complètement vaccinés en 2002. La même proportion était de 83,3% en 1992.

3. Présentation générale de l'enquête :

Le projet arabe pour la santé de la famille a été mis au point dans le but de permettre aux décideurs des pays arabes, de disposer des informations nécessaires pour mettre en œuvre, suivre et évaluer les politiques de santé de la population. Le projet est basé sur une conception efficace, en mesure de permettre aux initiateurs des politiques de santé d'analyser et d'évaluer les données. Il permet de planifier et de suivre les programmes et les diverses politiques de santé. Ce projet s'inscrit dans la continuité du projet PAPCHILD initié par la ligue des états arabes. L'Algérie est le quatrième pays arabe à s'engager dans la réalisation de ce projet dont l'exécution a été confiée à l'Office National des Statistiques.

Le projet arabe pour la santé de la famille a été mis au point dans le but :

- De permettre aux pouvoirs publics de disposer des informations essentielles pour mettre en œuvre, suivre et évaluer les politiques de la santé de la population ;
- De contribuer à améliorer et à consolider les programmes de santé et notamment la santé reproductive, à travers l'actualisation et l'enrichissement des bases de données existantes ;
- De disposer des instruments nécessaires pour mener une politique régionale de population.

- De disposer des indicateurs à des fins de comparabilité avec les pays arabes et d'évaluer les efforts à fournir dans le domaine de la santé de la population.

L'enquête Algérienne sur la santé de la famille a été réalisée par l'office national des statistiques conformément au protocole d'accord entériné entre le projet arabe pour la santé / Ligue des états arabes d'une part et le gouvernement Algérien représenté par le ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière d'autre part.

L'enquête a été réalisée durant la période de décembre 2001 à décembre 2003 (toutes les phases), le rapport principal a été publié en juillet 2004.

Elle a été réalisée sur un échantillon de 10000 ménages, élargie à 20000 ménages pour l'étude de la mortalité infantile et permettre de disposer d'un certain nombre d'indicateurs au niveau régional.

Pour les besoins de l'échantillonnage de l'enquête, le territoire du pays a été réparti en 17 sous régions composées chacune d'une ou plusieurs wilayas. Puis il a été tiré aléatoirement une wilaya pour chaque sous région. Au total il y a eu 17 wilayas sur les 48 que compte le pays.

L'Algérie est le 4^{em} pays arabe à avoir réalisé l'enquête. Il faut souligner que le projet arabe comprend des questionnaires communs que les pays sont tenus de réaliser et des questionnaires aux choix. Les questionnaires communs sont :

- Un questionnaire sur les caractéristiques des ménages
- Un questionnaire pour la santé reproductive

4. Présentation des résultats :

4.1. Niveau de la mortalité infantile et juvénile :

4.1.1. Disparités des niveaux de mortalité infantile selon le genre et le milieu de résidence :

Les résultats de l'enquête relatifs aux décès infantiles, collectés sur les trois dernières années précédant l'enquête, ont permis d'estimer le quotient de mortalité infantile à 31.2 ‰ naissances vivantes.

Tableau 4.1 : Taux de mortalité infantile (sur les 3 années avant l'enquête) selon le genre et le milieu de résidence

	Masculin	Féminin	Ensemble
Urbain	33.7 ‰	25.6 ‰	29.7
Rural	33.8 ‰	32.3	33.0
National	33.7 ‰	28.6	31.2

Selon le milieu de résidence, les résultats de l'enquête révèlent un écart de l'ordre de 3.3 points en faveur du milieu urbain.

Selon le genre, les quotients de mortalité infantiles sont estimés à 33.7‰ chez les garçons et à 28.6‰ chez les filles soit un écart de cinq (05) points au profit de ces dernières. Cet écart atteint 8.1 points en milieu urbain contre seulement 1.5 points en milieu rural.

4.1.2. Evolution des indicateurs de la mortalité infantile et juvénile :

Le tableau 4.2 présente les différents quotients de mortalité (néonatale, post-néonatale, infantile et infanto juvénile) pour les dix sept dernières années, selon différentes périodes.

Durant les deux dernières années précédant l'enquête, 2000-2002, sur 1000 naissances vivantes, 37 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire ; 31 d'entre eux décèdent avant leur premier anniversaire (20,5‰ entre 0 et 1 mois et 10,7‰ entre 1 et 12 mois).

Tableau 4.2 : Evolution du taux de mortalité infantile selon les différentes périodes avant l'enquête

Indicateurs	0-2 ans 2000-2002	3-7 ans 1995-1999	8-12 ans 1994-1990	13-17 ans 1989-1985
Mortalité néonatale (MN)	20.5	20.2	22.0	24.0
Mortalité post-néonatale (MPN)	10.7	14.1	18.6	27.0
Mortalité infantile (0q1)	31.2	34.3	40.6	50.9
Mortalité infanto juvénile (0q5)	36.7	39.4	45.7	60.3

Sur la période des 17 dernières années, nonobstant les risques liés aux erreurs d'enregistrement, nous pouvons constater que le taux de mortalité infantile a baissé de 19,7 points en passant de 50.9‰, au cours de la période 1989-85, à 31.2‰ entre 2000 et 2002, soit une réduction de 38.7%. Au cours de la même période, le taux de mortalité infanto juvénile s'est réduit de 23,6 points soit 39.1%.

On constate également que la baisse du niveau de la mortalité notamment infantile est due essentiellement à la baisse sensible de la mortalité post néonatale. Le niveau de la mortalité néonatale, quant à lui, connaît une légère augmentation. Ces résultats peuvent être expliqués par les efforts déployés dans le domaine de la santé infantile axés principalement sur la réduction des causes exogènes telles que les maladies infectieuses, les conditions d'hygiène et l'alimentation, etc.

Tableau 4.3 : Evolution de la mortalité infantile à travers les différentes enquêtes

	EASME 1992			Enquête Etat civil 1998			EASF 2002		
	Mas	Fém	Ensemble	Mas	Fém	Ensemble	Mas	Fém	Ensemble
Mortalité infantile (0q1)	50.8	36.7	43.7	38.7	36.0	37.4	33.7	28.6	31.2
Mortalité néonatale (MN)	25.9	18.4	22.1	-	-	-	23.5	17.4	20.5
Mortalité post-néonatale (MPN)	24.9	18.3	21.6	-	-	-	10.2	11.2	10.7
Mortalité infanto juvénile (0q5)	54.8	42.5	48.6	46.0	43.3	44.9	40.0	33.3	36.7

4.2. Caractéristiques démographiques et mortalité infantile :

4.2.1. Mortalité infantile et caractéristiques de la mère :

Les caractéristiques démographiques de la mère notamment l'âge et le niveau d'instruction constituent des facteurs déterminant du niveau de la mortalité infantile et juvénile. Les résultats de l'enquête mettent en évidence cette relation et plus particulièrement l'effet de l'âge et du niveau d'instruction de la mère.

Le tableau 4.4 révèle que le niveau de mortalité infantile baisse à mesure qu'augmente le niveau d'instruction de la mère. Le risque de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire, est nettement plus élevé pour un enfant né d'une mère analphabète que pour un enfant né d'une mère d'un niveau secondaire ou plus. Le risque de décéder est pratiquement trois fois plus élevé soit 40‰ contre 12‰.

La même tendance est observée concernant la mortalité juvénile ; la probabilité de décès d'un enfant avant d'atteindre 5 ans et dont la mère est analphabète est quatre fois supérieure à celles des mères ayant un niveau secondaire ou plus.

Tableau 4.4 : Taux de mortalité infanto juvéniles selon les caractéristiques de la mère (calculés sur les 8 dernières années précédant l'enquête)

	Mortalité infantile (0q1)	Mortalité néonatale (MN)	Mortalité infanto juvénile (1q4)	Mortalité infanto-juvénile (0q5)
Niveau d'instruction				
Analphabète	39.9	23.3	7.1	46.7
Sait lire/ écrire	29.1	18.0	4.5	33.4
Primaire	27.3	17.4	3.4	30.6
Moyen	25.6	18.9	3.7	29.2
Secondaire ou +	11.8	9.4	0.0	11.8
Age de la mère				
Moins de 20 ans	45.9	29.1	5.0	50.7
20-29 ans	30.6	19.4	5.8	36.3
30-34 ans	29.9	16.5	4.0	33.8
35-49 ans	40.2	25.6	6.1	46.1
Ensemble	33.1	20.3	5.4	38.3

Du point de vue de l'âge, les risques de décéder les plus élevés sont observés chez les moins de vingt ans et chez les plus de 35 ans. Le quotient de mortalité infantile atteint à ces âges respectivement 45.9‰ et 40.2‰ contre 30‰ pour les mères âgées entre 20 et 34 ans.

4.2.2. Mortalité infantile et caractéristiques de l'enfant :

Parmi les principales caractéristiques des enfants décédés, nous avons retenus le rang à la naissance et l'intervalle inter génésique. La mortalité différentielle selon ces deux caractéristiques met en évidence les risques importants liés à une fécondité élevée. Les résultats de l'enquête font ressortir que le niveau de mortalité infantile augmente à mesure que s'élève le rang de naissance. Le quotient de mortalité infantile passe de 27.6‰ pour les rangs 2 et 3 à 38.2‰ pour ceux dont les rangs à la naissance sont supérieurs à trois. Le même constat est observé pour la mortalité néonatale, post néonatale et juvénile.

Concernant le risque de décéder des enfants selon l'intervalle inter génésique, les résultats confirment cette relation et révèlent que 25.8% des naissances vivantes dont l'intervalle inter génésique est supérieur à 4 ans, décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire. Ce risque est deux fois supérieur cet intervalle n'excède pas deux années.

Tableau 4.5 : Taux de mortalité infantile et juvénile selon les caractéristiques de l'enfant (calculés sur les 8 dernières années précédant l'enquête)

Variables	Mortalité infantile (0q1)	Mortalité néonatale (MN)	Mortalité infantile juvénile (1q4)	Mortalité infantile juvénile (0q5)
Rang de naissance				
1�re naissance	31.0	22.3	3.3	34.1
2-3	27.6	16.8	5.3	32.8
4 ou plus	38.2	22.2	6.4	44.3
Intervalle inter génésique				
Moins de 2 ans	51.2	32.0	8.7	59.5
2-3 ans	31.1	17.8	5.8	36.7
4 ans ou plus	25.8	17.1	3.8	29.5
Ensemble	33.1	20.3	5.4	38.3

4.3. L'impact des facteurs environnementaux :

Concernant l'impact de l'environnement, appréhendé principalement à travers les conditions d'habitat, sur la mortalité infantile et plus particulièrement la mortalité post néonatale, les résultats de l'enquête (tableau 4-6) révèlent que le risque de décéder est presque deux fois supérieur pour les enfants de moins d'un an nés dans des ménages habitant des maisons traditionnelles (40.4%) que pour les enfants nés dans des ménages habitant dans des appartements. En outre, la part de la mortalité post néonatale dans la mortalité infantile est également très importante. Elle passe de 29.3% auprès des ménages habitant dans des appartements à 40.6% pour ceux qui habitent dans des maisons traditionnelles.

Pour ce qui concerne la relation entre le niveau de la mortalité infantile et les commodités du logement et tout particulièrement la source d'approvisionnement en eau potable, le rattachement des logements au réseau d'assainissement et le mode d'évacuation des eaux usées. Les résultats de l'enquête font ressortir que le risque de décéder pour les enfants de moins d'un an passe de 29.8% lorsque le ménage s'alimente depuis le réseau public d'alimentation en eau potable à 39.9% pour les autres sources. La part de la mortalité post néonatale, quant à elle, passe respectivement de 37.9% dans la mortalité infantile à 39.6%. En outre, le risque de décéder pour les enfants de moins d'un an atteint 42.2% lorsque le logement n'est pas rattaché au réseau d'égout contre 29.4% lorsque le logement y est rattaché.

Tableau 4.6 : Taux de mortalité infanto juvéniles
Selon les caractéristiques des logements.
(Calculés sur les 8 dernières années)

Variables	Mortalité infantile (0q1)	Mortalité néonatale (MN)	Mortalité post néonatale (MPN)	Rapport MPN/0Q1	Mortalité infanto-juvénile (0q5)
Type de logement					
%Appartement	21.5	15.1	6.3	29.3	25.6
Maison individuelle	30.2	18.6	11.6	38.4	35.5
Maison traditionnelle	40.4	24.0	16.4	40.6	45.5
Source principale d’approvisionnement en eau potable					
Réseau d’eau courante	29.8	18.5	11.3	37.9	34.5
Autre	39.9	24.2	15.8	39.6	46.4
Mode d’évacuation des eaux usées					
Relié	29.4	17.9	11.5	39.1	33.2
Non relié	42.2	26.5	15.7	37.2	51.1
Mode d’évacuation des ordures ménagères					
Collecteurs d’ordures	24.2	17.3	6.9	28.5	28.6
Déposées dans un endroit spécial	31.2	19.6	11.6	37.2	35.7
Autre	38.6	22.4	16.2	44.3	47.2
Ensemble	33.1	20.3	12.7	38.4	38.3

L’effet du mode d’évacuation des ordures ménagères sur le niveau de la mortalité infantile est également perceptible, le quotient de mortalité infantile passe de 24.2% chez les ménages qui se débarrassent des ordures ménagères en les déposant dans des collecteurs d’ordures, à 31,2% chez ceux qui les déposent dans un endroit spécial et atteint 38.6% pour ceux qui s’en débarrassent n’importe comment. Quant à la mortalité post néonatale, cette dernière représente 28.5% du total de la mortalité infantile des ménages qui déposent leurs ordures dans les collecteurs d’ordures ; cette part s’élève à 44.3 % dans les ménages ayant recours à d’autres modes d’évacuation.

5. Conclusion et recommandations:

La santé des enfants est un volet auquel les pouvoirs publics accordent un intérêt particulier que ce soit en termes de prévention, de suivi et de prise en charge de la morbidité infantile ou de lutte contre la pauvreté et les problèmes de malnutrition et leurs effets sur l’état de santé de la population en générale et des enfants en particulier.

Le taux de mortalité infantile a été estimé à 31,4%0. La probabilité de survie des filles de moins d’un an est supérieure à celles des garçons. Les enfants du milieu urbain ont par ailleurs plus de chance de survivre que ceux de la zone rurale. Il faut rappeler que ce taux a connu une baisse sensible par rapport à 1992 où les données de l’enquête sur la santé de la mère et de l’enfant l’estimaient à 44%0.

Le quotient de mortalité infanto juvénile est estimé à 36,7%0. Ce taux a connu une baisse par rapport à l’année 1992 où il était estimé à 49%0.

Les données et indicateurs obtenus à partir l'enquête algérienne sur la santé de la Famille, ont révélé la positivité des programmes de santé mises durant ces dix dernières mais appellent les décideurs et planificateurs en matière de santé mais également en matière de population et développement à :

- Soutenir les efforts visant à l'amélioration du cadre de vie de la population urbaine et rurale en assurant des conditions d'habitat sûres et salubres par le renforcement de l'accès des ménages à l'eau potable, à l'électricité, au gaz de ville, et au réseau d'assainissement ;
- Consolider et améliorer l'intégration de la variable démographique dans les stratégies de développement économique et social.

En matière de santé, il convient de :

- Lutter contre la mortalité infantile en renforçant les programmes visant la réduction de la morbidité et de la mortalité infanto juvénile en mettant l'accent sur la mortalité périnatale et néonatale ;
- Renforcer le suivi de la grossesse et du nouveau né à travers les soins post natals et néonataux et l'accouchement en milieu assisté ;
- Améliorer l'accès aux domaines prioritaires de la santé de la reproduction en ciblant l'ensemble des catégories de population, en particulier les jeunes et œuvrer à l'élimination des disparités régionales ;
- Renforcer la prévention des maladies infantiles notamment des diarrhées, infections respiratoires aiguës., et promouvoir la participation des populations à travers l'éducation nutritionnelle et l'incitation à l'allaitement maternelle ;
- Généraliser les prestations de santé reproductive qui incluent la planification familiale, la santé pré et postnatale, la bonne prise en charge de l'accouchement,
- Mettre en place les centres de diagnostic anténatal pour tenir compte des nouveaux profils de fécondité notamment l'augmentation des grossesses tardives, à risque maternel, fœtal et néonatal ;
- Renforcer l'Information, l'Education et la Communication (I.E.C) en direction des femmes en impliquant les secteurs étatiques, le mouvement associatif et à travers les différents canaux (médiatiques et les personnels relais).