

L'enfant Arabe et les Risques Urbains : Une Approche Demographique a Travers l'observation de la Mortalite Infantile

Sofiane BOUHDIBA
University of Tunis
s.bouhdiba@voila.fr

Resume

Depuis le début du siècle dernier, la mortalité infantile a chuté dans le monde de plus de 200 ‰ à moins de 10 ‰. Elle a également reculé dans les pays arabes, mais dans des proportions moindres. Malgré cela, elle reste encore élevée dans certaines régions.

La mortalité infantile, autrefois simple phénomène médical et démographique, est désormais reconnue comme un fait social, économique mais également culturel et suscite de plus en plus l'intérêt des gouvernements arabes ; ainsi que la société civile, qui prend désormais conscience de l'importance et de la gravité du problème.

Les autorités locales, en particulier, se rendent compte du rôle important qu'elles peuvent jouer dans la réduction des risques encourus par l'enfant arabe en milieu urbain. La mortalité infantile est d'ailleurs considérée, à juste titre, comme un critère de sous-développement local, puisqu'elle témoigne d'un retard, non seulement au niveau des infrastructures médicales et paramédicales mises à la disposition des populations urbaines, mais également au niveau des mentalités et des modes de vie, qui se traduisent, par exemple, par le manque de savoir-faire des familles et le fait de prendre cela comme fatalisme.

Nous avons considéré la mortalité infantile comme un élément de choix pour mesurer et analyser le risque encouru par l'enfant arabe vivant en milieu urbain à partir duquel nous avons développé une série de réflexions sur les possibilités d'amélioration de ses conditions de vie.

الطفل العربي والأخطار بالوسط الحضري: مقارنة ديموغرافية لوفيات الرضع

ملخص

انخفضت نسبة وفيات الرضع من ٢٠٠ في الألف إلى أقل من ١٠ في الألف منذ أواخر القرن الفارط. وبالرغم من الانخفاض الذي شهده أيضا العالم العربي، فإن الظاهرة لا زالت مستفحلة في بعض مناطقه. ونعلم اليوم أن مؤشر وفيات الرضع هو من أبرز المؤشرات التي تمكننا من معرفة المستوى الذي وصلتته التنمية الاجتماعية والاقتصادية والثقافية في جهة ما. ولهذا اعتمدنا هذا المؤشر في هذا البحث الاجتماعي الديمغرافي لدراسة مدى الخطر الذي يتعرض إليه الطفل العربي في المناطق الحضرية. كما أن تناولنا في هذا البحث دراسة قدرات السلطات المحلية في تحسين وضع الطفل العربي وخاصة من ناحية الصحة والتغذية والتطهير.

Introduction

Mourir à l'aube, triste privilège de ces milliards d'enfants partis trop tôt ! Qu'ont-ils connu de la vie ? Ces « anges » - car c'est ainsi que notre société arabo-musulmane considère les enfants décédés en bas âge - ont-ils seulement eu le temps de voir la lumière de ce monde, de respirer l'air, de crier ... ?

Dans le Nord, les taux de mortalité infantile sont passés, en près d'un siècle, de plus de 200 ‰ à moins de 10 ‰. Ces taux ont également reculé dans les pays arabes, mais dans des proportions moindres, et restent encore très élevés dans certaines régions.

La mortalité infantile, autrefois simple phénomène médical et démographique, est désormais reconnue comme un fait social, économique mais également culturel - Marcel Mauss parlerait peut-être de « *phénomène social total* » - et suscite de plus en plus l'intérêt des gouvernements arabes, mais également de la société civile, qui prend désormais conscience de l'importance et de la gravité du problème.

Les autorités locales, en particulier, se rendent compte du rôle important qu'elles peuvent jouer dans la réduction des risques encourus par l'enfant arabe en milieu urbain dont la mortalité infantile reste un facteur majeur. Elle est d'ailleurs considérée, à juste titre, comme un critère de sous-développement local, puisqu'elle témoigne d'un retard, non seulement au niveau des infrastructures médicales et paramédicales mises à la disposition des populations urbaines, mais également au niveau des mentalités et des modes de vie, qui se traduisent, entre autres, par le manque de savoir-faire et le fatalisme des familles.

Dans ce contexte, nous avons considéré la mortalité infantile comme un élément de choix pour mesurer et analyser le risque encouru par l'enfant arabe vivant en milieu urbain tout en développant une série de réflexions sur les possibilités d'amélioration de ses conditions de vie.

1 / La Mortalité Infantile Dans Le Monde Arabe : Etat Des Lieux

En 1960, le Taux de Mortalité Infantile urbaine (TMI)¹ dans l'ensemble des pays arabes était très élevé. Il était supérieur à 157 ‰, alors que la moyenne mondiale se situait autour de 82 ‰. Dans certains pays arabes, la survie de l'enfant était une véritable gageure, et en particulier aux Comores (TMI était de 220 ‰ en 1960), au Yémen (200 ‰) ou en Egypte (189 ‰). En une génération, la situation a considérablement évolué, comme en attestent les indicateurs démographiques dans la région.

Durant les 25 dernières années, les taux de mortalité infantile urbaine ont reculé de 60 à 80 % dans la majorité des pays arabes. C'est dans les pays du Golfe que les changements ont été les plus remarquables. Ils ont, ainsi, reculé, à titre d'exemple, de 91.3 % à Qatar, de 86.2 % en Arabie Saoudite et de 85.5 % Oman ... Par contre, les progrès ont été moins remarquables dans les grands ensembles urbains des pays arabes d'Afrique sub-saharienne : Ces taux de n'ont reculé de seulement que de 50.4 % au Soudan, 48.1 % en Mauritanie, et 33.3 % en Somalie. Seul l'Irak a connu une stagnation - voire une aggravation - du taux de mortalité infantile (104 ‰ en 1979 et 103 ‰ en 2003), pour les raisons que l'on connaît (la guerre, le blocus, etc.). Bien que cachant des disparités criantes selon les régions, cette baisse sensible de la mortalité infantile est le fruit des progrès de la médecine moderne, en termes de couverture vaccinale et des résultats des diverses initiatives nationales, régionales et internationales. La lutte contre la mort des enfants a été sans conteste l'une des plus belles réussites du monde arabe.

Ainsi, le taux de mortalité infantile a atteint globalement, pour l'ensemble de la région, 53 ‰. Ce qui donne au monde arabe un léger cran au-dessus de la moyenne mondiale (56 ‰) ; mais nettement au-dessus de la moyenne observée dans les pays en développement (61 ‰) et les pays les moins avancés (97 ‰). La mortalité des enfants arabes reste malgré tout très largement supérieure à celle des enfants nés dans le monde développé (TMI est seulement de 8 ‰ !).

Ici encore, le monde arabe se caractérise par une grande diversité des situations nationales. Si, dans les pays arabes d'Afrique sub-saharienne², un enfant sur dix ne fête pas son premier anniversaire ; par contre, le taux de mortalité infantile ne dépasse pas la barre des 15 ‰ dans les pays du Golfe (11 ‰ au Koweït, 12 ‰ à Qatar et 14 ‰ à Bahreïn et aux Emirats Arabes Unis). Ce contraste en reflète – mais, ce n'est certes pas le fruit du hasard - un autre. D'ailleurs, la

¹ Nombre de décès d'enfants âgés de moins de un an pour 1 000 naissances vivantes

² Somalie (TMI de 118 ‰), Djibouti (102 ‰) et Mauritanie (97 ‰)

couverture vaccinale divise le monde arabe en deux régions : dans la quasi-totalité des pays arabes, plus de 90 % des enfants ont achevé leur programme de vaccination (TB, DTC3, polio3, rougeole et hepB3) ; tandis que, seule une minorité d'enfants scolarisés et urbanisés, dans les pays arabes d'Afrique sub-saharienne, a reçu une couverture vaccinale, ce qui augmentera ses chances de survie aux maladies infantiles. Ainsi, en 2001, seuls 33 % des petits somaliens étaient vaccinés contre la poliomyélite, alors que seulement 49 % des enfants djiboutiens étaient vaccinés contre la rougeole et la poliomyélite³.

Globalement, le taux de vaccination des enfants arabes contre les principales pathologies infantiles est plus que satisfaisant, il est légèrement en deçà des standards occidentaux et en tout cas, très largement supérieur à la moyenne mondiale. Ce qui fait que la couverture vaccinale des enfants arabes est de 87 % pour la poliomyélite, contre 75 % dans le monde et 93 % dans les pays industrialisés.

Il semblerait que la modernisation rapide du monde arabe durant les trois dernières décennies ait été favorable au sort de l'enfant, contrairement à ce qui s'est produit en Turquie⁴ ; pays culturellement proche du monde arabe. Malgré le stress que vit la femme et qui est engendré par la croissance économique et surtout par sa mobilisation et sa participation à la vie active sans la déchargée de ses « traditionnelles devoirs domestiques » ; son attention prêtée à son enfant n'a nullement diminué.

2 / Les Ages Les Plus Risques Pour Les Enfants Arabes Vivant En Milieu Urbain

Examinons la typologie de la mortalité infantile dans le monde arabe, avant d'émettre quelques réflexions quant à la capacité de réaction des autorités locales.

A / Typologie De La Mortalite De L'enfant Arabe

L'examen détaillé des âges exacts au décès des enfants morts avant l'âge d'un an, dans 7 pays arabes, indique des situations différentes d'un pays à l'autre. Au Maroc, en Egypte et en Palestine, plus de la moitié des décès infantiles, ont lieu au-delà du premier mois de vie⁵, alors qu'une faible proportion des cas a lieu durant le premier jour.

Le Maroc suit le modèle des « 20-80 » cher aux économistes : 80 % des décès infantiles ont lieu entre un et douze mois, les 20 % restant se concentrant avant le premier mois de vie. En Palestine, seuls 27 % des décès infantiles se produisent 24 heures après la naissance.

Or, les décès qui se produisent au cours du premier mois de vie - et à plus forte raison durant la première journée - sont dits endogènes puisqu'ils sont intimement liés à la constitution du nouveau-né⁶. Il est difficile de lutter contre ce type de mortalité précoce, car cela devrait impliquer une connaissance approfondie des pathologies génétiques. Nous sommes alors dans la zone de « mortalité infantile du riche ». *A contrario*, les décès qui ont lieu au-delà du premier mois de vie sont de nature exogène, étant généralement le fait d'éléments extérieurs liés à l'environnement (insalubrité, promiscuité, alimentation impropre, froid, etc.), aux parents

³ UNICEF

⁴ Malgré une faible fécondité de l'ordre de 2.3 enfants, le taux de mortalité reste supérieur à 53 %. Pour plus de détails, voir les travaux de Youssef Courbage et en particulier la communication *Entraves culturelles à la transition de la mortalité des enfants en Turquie*, INED, Paris.

⁵ Plus précisément à partir du 28^{ème} jour de vie.

⁶ Pour approfondir cette question, on peut se référer aux travaux de Jean Bourgeois-Pichat, et en particulier son étude « *Essai sur la mortalité biologique de l'homme* », in *Population* volume 7, n°3, Paris, 1952, ou « *L'évolution récente de la mortalité dans les pays industrialisés* » in Jacques Vallin, Alan Lopez et Hugo Behm, « *La lutte contre la mort* », INED (*Travaux et documents*, Cahier n° 108), Paris, 1985 ; voir également Jean Bourgeois-Pichat, « *Recent changes in mortality in developed countries* », in Jacques Vallin, Alan Lopez et Hugo Behm, « *Health policy, social policy and mortality prospects* », Ordina éditions, Liège, 1985.

(manque d'hygiène, insouciance, mauvais traitements, etc.). Il est relativement facile de lutter contre cette « mortalité infantile du pauvre » à coups de campagnes vaccinales, d'amélioration de l'adduction d'eau potable ou en lançant de vastes campagnes de marketing social.

C'est à peu près la situation inverse qui prévaut au Bahreïn, au Koweït et au Qatar. Dans ces petits états du Golfe, moins du tiers des décès infantiles sont observés au-delà du premier jour de vie, alors que l'on observe au contraire une tendance à la concentration de la mortalité infantile durant la première semaine.

Ainsi, 73 % des nouveaux-nés bahreïni morts avant l'âge d'un an sont décédés au cours de la première semaine de vie. Cette proportion est de 53 % au Koweït et de 49 % au Qatar. Inversement, dans ces trois pays, la part des nouveaux-nés décédés au-delà du premier mois de vie est, respectivement, de 20 %, 32 % et 34 %. Ce profil de la mortalité infantile traduit une meilleure aptitude des autorités locales sanitaires à lutter contre les causes de décès évitables, telles que les maladies infectieuses et parasitaires, la malnutrition ou les traumatismes. Le défi qui se pose à présent dans ces pays est la lutte contre les décès infantiles endogènes, c'est à dire causés par les pathologies génétiques, les accouchements difficiles ou les malformations. Il est vrai que ce type de mortalité nécessite des moyens qui semblent davantage à la portée des Etats rentiers du Golfe que des autres pays arabes.

On pourrait ici, à l'instar de Jean-Bourgeois Pichat, « *Comparer la mortalité à un terrain composé de deux roches inégalement friables. L'action de l'érosion s'exerce d'abord sur la plus tendre, mettant à nu le profil de la roche dure* »⁷. Dans le cas de la Tunisie urbaine, par exemple, la « *roche tendre* » des maladies infectieuses et parasitaires a été plus ou moins creusée et il s'agit à présent de s'attaquer à la « *roche dure* » des pathologies sociales. C'est d'ailleurs là le défi qui se pose à la pédiatrie tunisienne en ce début de millénaire. Encore une fois, la Tunisie se situe dans une position intermédiaire, puisque il existe une équitable répartition entre les décès infantiles endogènes (60 % des cas) et ceux exogènes (40 % des cas), tandis que le taux de mortalité infantile se situe dans une position intermédiaire (23 ‰).

Nous constatons que le profil endogène est le modèle des pays à faible risque de mortalité infantile ; alors que le profil exogène concerne les pays arabes affichant encore des taux de mortalité infantile élevés.

B /Capacite De Reaction Des Autorites Locales

Que faire donc, face à cette situation ? Dans les pays arabes, le taux d'urbanisation est élevé, de l'ordre de 67.9 %, c'est à dire bien au-delà de la moyenne mondiale (48 %). Ici encore, les écarts entre pays arabes existent : d'une part, le Yémen et quelques pays arabes d'Afrique subsaharienne tels que la Mauritanie ou la Somalie, affichent un caractère rural encore fortement marqué et moins de 30 % de leur population réside dans les agglomérations urbaines. D'un autre côté, quelques pays, comme le Koweït ou le Qatar, présentent des taux d'urbanisation avoisinant l'unité⁸. Il faut donc reconnaître que les autorités locales urbaines sont appelées à jouer un rôle de premier plan dans la minimisation du risque de type exogène encouru par l'enfant arabe, et en particulier dans les pays arabes les moins développés.

C'est ainsi que les responsables des institutions de première ligne, telles que les dispensaires, hôpitaux, écoles, municipalités peuvent agir de deux manières : d'abord, d'une manière directe en offrant des services sanitaires aux enfants. Mais aussi, par le biais de la sensibilisation et l'information ; en ayant recours, en collaboration avec les autorités locales urbaines, à toute une gamme de messages, dans le cadre d'actions de marketing social : promotion de l'hygiène, de

⁷ Jean Bourgeois-Pichat, *Essai sur la mortalité biologique de l'homme*, in *Population* volume 7, n°3, Paris, 1952, pp. 381-394

⁸ De ce fait, seule une population nomade minoritaire, mal identifiée d'ailleurs, hante encore le désert, loin des villes ultra-modernes.

l'alimentation équilibrée, de la vaccination ou des mesures élémentaires de sécurité en matière d'accidents domestiques et d'accidents de la route⁹.

Concernant les risques de type endogène, il faut reconnaître que la capacité d'action des autorités locales est assez réduite, dans les pays arabes les moins développés. La solution est davantage entre les mains des ONG et du pouvoir central, en particulier, les ministères de la santé. C'est ainsi que la lutte contre le cancer touchant les enfants, par exemple, relève davantage des hautes sphères politiques que des municipalités.

3 / Les Risques Encourus En Milieu Urbain Par Les Enfants Arabes

De quoi meurent les enfants arabes vivant en milieu urbain ? C'est la question que nous nous sommes posée à ce stade de la réflexion. Et, pour tenter d'y répondre, nous avons consulté les rapports de l'OMS, ainsi que les enquêtes de type DHS, PAPCHILD et PAPFAM réalisées dans la région ces 10 dernières années.

De ce point de vue, l'examen des diverses situations nous a permis de classer les pays arabes en trois grands groupes de risques :

a/ Le premier, constitué par les Etats pétroliers du golfe persique, se caractérise par une prédominance d'anomalies congénitales (44.8 % des cas de décès infantiles au Bahreïn, 43.8 %, au Koweït, 34.2 % au Qatar). On attribue communément cela à la forte prévalence des mariages consanguins ; pratique ancrée depuis des millénaires dans la plus pure tradition arabe. En ce qui concerne cette cause, nous restons, néanmoins, sceptique pour trois raisons au moins : d'abord, dans tous les pays arabes et pas seulement ceux du Golfe, au moins 30 % des mariages sont basés sur un lien de parenté¹⁰. De plus, la prédominance des affections congénitales, nous semble davantage le fait du recul des autres causes de décès, et en particulier les maladies infectieuses et parasitaires. C'est parce que les autres risques de mortalité infantile ont quasiment disparu dans certains pays du Golfe et que les affections congénitales ont pris de si grandes proportions. Enfin, il faut reconnaître que les mariages consanguins sont davantage un fait rural qu'urbain.

Dans ce premier groupe de pays, les décès infantiles sont également très largement le fait des affections périnatales, c'est à dire la prématurité, l'infection bactérienne du nouveau-né et autres causes de décès relatives au premier mois de vie. La part des affections périnatales dans les causes de décès infantiles totales est de 43.8 % au Bahreïn et au Koweït et de 34.2 % au Qatar. Citons, également, la Tunisie, dans laquelle 76.6 % de la mortalité infantile est due à des « affections dont l'origine se situe dans la période périnatale »¹¹.

Ces populations se caractérisent en même temps par un faible poids, voire une absence des décès infantiles par maladies infectieuses et parasitaires et sous/malnutrition (aucun cas au Bahreïn et au Qatar, 0.6 % des cas en Tunisie¹² et 2.1 % des cas au Koweït).

Une telle structure par cause des décès infantiles traduit une situation sanitaire très favorable, puisque les enfants meurent essentiellement pour des raisons endogènes, c'est à dire intrinsèques à leur constitution, et en tous cas pour des raisons indépendantes de l'environnement. Cette hypothèse est renforcée par le fait qu'une infime proportion des enfants

⁹ Rappelons qu'il s'agit là de risques spécifiques au monde urbain.

¹⁰ Mises à part la Tunisie et le Liban, qui se distinguent par des taux de prévalence consanguine de « seulement », respectivement 28.8 % et 21 %.

¹¹ Terme officiel employé par l'OMS.

¹² Dont 25.9 % de cas de prématurité.

meurt de maladies infectieuses et parasitaires ou de mal/sous-nutrition ; causes qui sont intimement liées à la qualité de l'environnement.

Toujours dans ce premier groupe de pays, on observe que la mortalité des enfants se concentre durant les premiers jours de vie. Passée la première semaine, le nouveau-né a de fortes chances de survivre. Au Bahreïn, par exemple, 73 % des décès infantiles ont lieu avant le 7^{ème} jour. Cette proportion étant de 53 % au Koweït et de 49 % à Qatar. Inversement, une faible proportion de décès a lieu au-delà du premier mois de vie, elle est respectivement de 20 %, de 32 % et de 34 %.

Il semblerait qu'il existe une relation entre le niveau de mortalité infantile et la concentration des décès : plus le taux de mortalité infantile est faible, plus les décès se concentrent durant les premiers jours de vie. Dans ces pays, tout se passe comme si le nouveau-né qui survit à la première semaine est quasi assuré de fêter son premier anniversaire.

Cette première catégorie de pays arabes a quasiment achevé sa transition épidémiologique infantile. Les progrès futurs s'annoncent néanmoins laborieux, car ils doivent passer par une maîtrise de la génétique, ce qui n'est pas encore le cas dans le monde scientifique arabe.

Il nous semble que, dans ces pays, la marge d'action des autorités locales est très réduite, puisque les actions minimisant les risques encourus par l'enfant relève plutôt du développement de la médecine et de la génétique au niveau national. Le processus est long et se situe au niveau des stratégies nationales et panarabes de développement.

b/ Le deuxième groupe de pays comprend les Etats dont la structure par causes de décès infantiles traduit une situation inverse, c'est à dire une prépondérance de la mortalité infantile due à des pathologies infectieuses et parasitaires avec un faible taux de décès de nature congénitale et périnatale. C'est le cas de l'Egypte, où 22.6 % des enfants décédés avant leur premier anniversaire meurent de maladies infectieuses et parasitaires, et 10.3 % seulement des décès infantiles dont les causes sont congénitales, tandis que la part des décès de nature périnatale n'est que de 12.6 %.

Dans ces pays, la mortalité des enfants a tendance à se concentrer au-delà du premier mois de vie. Au Maroc, 80 % des décès infantiles ont lieu après l'âge d'un mois. Cette proportion est de 55 % en Egypte et de 52 % en Palestine.

Ce deuxième ensemble de nations arabes n'a fait qu'amorcer sa transition épidémiologique. Les progrès de lutte contre ce type d'affections sont envisageables à condition d'améliorer la couverture vaccinale, de diffuser les bonnes habitudes d'hygiène et d'alimentation et, de manière générale, de s'inspirer de la politique de lutte contre la mortalité infantile des pays les plus avancés dans la transition épidémiologique infantile.

Dans ce deuxième groupe de pays, les autorités locales et, en particulier, les municipalités et les centres de soins locaux sont en première ligne et ont une grande responsabilité dans la réduction des risques encourus par l'enfant.

c/ Entre ces deux groupes de pays extrêmes, se situent les autres nations arabes, à des degrés divers d'achèvement de la transition épidémiologique infantile. Dans cette troisième catégorie de pays, les autorités locales peuvent également jouer un rôle non négligeable dans la minimisation des risques infantiles.

Conclusion

Le principal constat que l'on peut faire à l'issue de ces quelques réflexions est que la nature du risque encouru par l'enfant arabe en milieu urbain divise le monde arabe en deux grandes régions : la première, constituée de quelques pays du Maghreb et du Golfe, est dans une bien

meilleure position que la deuxième, dans laquelle nous trouvons en particulier les pays arabes africains.

Il semblerait par ailleurs que les autorités locales aient un potentiel non négligeable pour réduire ce risque dans les grands ensembles urbains. Notre souhait est que ce potentiel soit employé à bon escient afin de favoriser l'épanouissement de l'enfant arabe dans un milieu sain et favorable.

Enfin, il semblerait que les possibilités d'action des autorités locales soient inversement proportionnelles au degré de développement national. Les pays arabes les moins avancés sollicitent davantage le pouvoir local, représenté par les municipalités, à jouer un rôle prépondérant dans l'évolution de la santé non seulement de l'enfant mais aussi de la mère qui reste un facteur tangible de cette transition épidémiologique. Il ne s'agit là que des premiers éléments de résultat de ce présent travail de recherche. Et, cette hypothèse gagnerait certainement à être approfondie.

Bibliographie

- Attané Isabelle, Courbage Youssef, *La démographie en Méditerranée, situation et projections*, Economica, Paris, octobre 2001 ;
Courbage Youssef, *Nouveaux horizons démographiques en en Méditerranée*, INED-PUF, Paris, 1999 ;
Fargues Phillippes, *Génération arabes*, Fayard, Paris, novembre 2000 ;
Noin Daniel, Sid Ahmed Abdelkader, *Population et perspectives de développement du monde arabe*, UNESCO, Paris, 2000 ;
Omran Abdelrahim, *Les populations du monde arabe*, UNFPA, New york, 1988 ;
United Nations, *World urbanization prospects*, New york, 1998 ;
WHO, *World health report 1999*, WHO, France, 2000.

