
CHAPITRE 2

LA TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE

LE RÉGIME DÉMOGRAPHIQUE PRIMITIF de forte mortalité et de natalité élevée a commencé à évoluer vers le milieu du XIX^e siècle, grâce à certains progrès de la médecine et de l'hygiène. La mortalité a commencé à baisser en premier, notamment dans les pays de forte immigration européenne, comme l'Argentine, l'Uruguay et Cuba, qui montraient néanmoins, dès le début du XX^e siècle, une mortalité proche de celle des pays d'Europe du Sud : par exemple, 37,2 ans en 1901 et 50,8 ans en 1931 d'espérances de vie à La Havane (Diaz Briquets, 1981). Après 1930, la baisse de la mortalité s'est généralisée en Amérique latine, ce qui a d'ailleurs entraîné l'accroissement rapide de la population étant donné le maintien de niveaux élevés de fécondité pendant plusieurs décennies, avant que la fécondité ne baisse à son tour.

UN DEMI-SIÈCLE DE BAISSÉ DE LA MORTALITÉ

Au cours du XIX^e siècle, la mortalité était élevée dans tous les pays latino-américains, avec des espérances de vie à la naissance estimées à 25 ans aux environs de 1825 et à 27,2 ans en 1900 pour l'ensemble de la région. Cette stagnation en trois-quarts de siècle est à comparer à l'évolution rapide de la période suivante, puisque l'espérance de vie à la naissance a atteint, en 1960, 55,8 ans pour l'ensemble de l'Amérique latine, soit une progression considérable. La baisse de la mortalité après 1930 a pu se produire grâce à des mesures de santé publique, à l'introduction de la médecine moderne et de la prévention des maladies microbiennes qui ont bénéficié des découvertes scientifiques faites dans les pays développés, et aux campagnes scientifiquement coordonnées par les gouvernements nationaux et l'Organisation Panaméricaine de la Santé. Elle a été induite en quelque sorte indépendamment d'une évolution sociale propre aux pays latino-américains, par des méthodes et des techniques modernes, qui ont été appliquées alors que les conditions de vie de la majorité rurale de la population restaient précaires. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la baisse de la mortalité a été à la fois plus tar-

dive et plus rapide que dans les pays européens et s'est surtout concentrée dans les grandes villes.

Des campagnes massives de vaccination, d'hygiène, de traitement par antibiotiques ou d'installations d'eau potable ont permis de lutter efficacement contre des maladies infectieuses et parasitaires les plus meurtrières (paludisme, tuberculose). Un exemple typique est celui du coût du traitement antipaludique dans les Antilles anglaises, de 1,47 \$ U.S. par habitant en 1943 alors que, dès 1947, grâce au DDT, ce coût s'était abaissé à 0,32 \$ U.S. par habitant et le traitement pouvait s'effectuer à l'hôpital. De même, certaines méthodes préventives en matière d'assainissement de l'eau et des denrées alimentaires, comprenant l'évacuation des eaux usées, ont eu des effets très positifs et rapides sur les parasitoses. Par exemple, au Pérou, dans le bassin de l'Amazone, 99 % des écoliers étaient atteints d'infections intestinales vers 1960, alors qu'après un programme d'assainissement, 4 ans plus tard, la proportion était réduite à 58 %. Palloni estime qu'à peu près la moitié de la baisse de la mortalité entre 1950 et 1965 peut être attribuée à la diffusion de la nouvelle technologie médicale (Nations-Unies, 1953 ; Palloni, 1981).

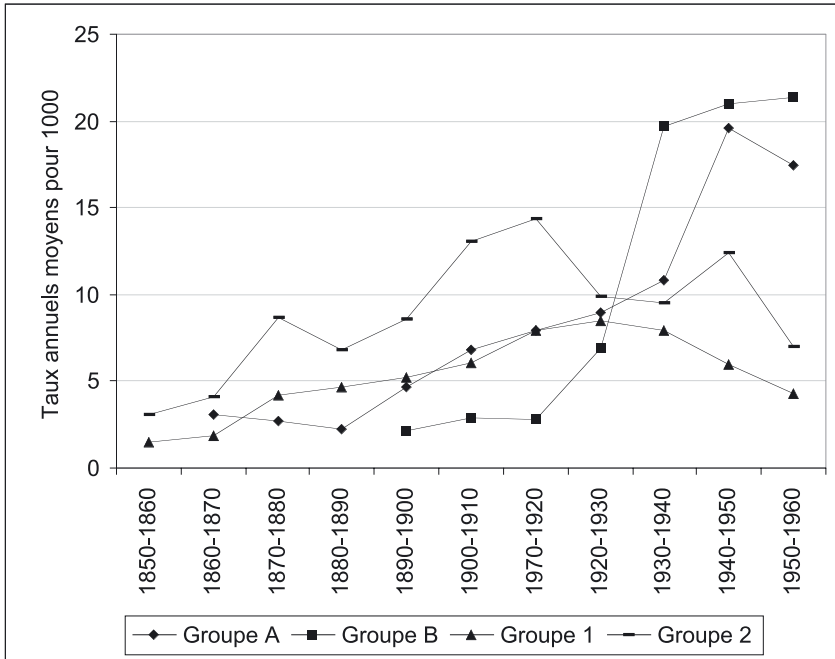
Les inégalités devant la mort

Dans l'ensemble, la baisse de la mortalité a été forte partout, mais très différente en rythme selon les pays. Ceci a eu pour conséquence d'accroître les disparités démographiques qui existaient déjà depuis l'indépendance et qui se sont creusées pendant le XIX^e siècle, lors des grands mouvements d'immigration internationale. Arriaga (1970) distingue deux groupes de pays ; ceux où la baisse a été la plus précoce : Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Mexique et Panamá (groupe A), et ceux où la baisse a été la plus tardive : République Dominicaine, Nicaragua et Guatemala (groupe B). Ces deux groupes ne comprennent pas les pays où les niveaux de mortalité étaient déjà bas (Argentine, Uruguay, Cuba) et ceux où ils étaient encore très forts (Bolivie, Haïti). Les niveaux de mortalité des pays du groupe A et du groupe B, mesurés par l'espérance de vie à la naissance, figurent au graphique n° 3, qui permet de comparer le rythme de diminution de la mortalité dans les pays des groupes A et B comparés à un ensemble de pays européens

Les périodes de plus forte baisse de la mortalité, et donc d'importantes augmentations des espérances de vie, se situent entre 1930 et 1960. La baisse a été d'autant plus forte qu'elle était plus tardive et que le niveau de mortalité de départ était élevé (faible espérance de vie). Les taux d'augmentation de l'espérance de vie à la naissance observés en Amérique latine (plus de 20 /1 000) n'ont jamais été atteints en Europe, même pendant l'époque de plus forte augmentation qui se situe au début du XX^e siècle (**Graphique n° 3**). Ils se sont considérablement ralentis par la suite.

Les changements intervenus dans le nombre moyen d'années vécues entre 1930 et 1960 ont été calculés par Arriaga aux différents âges. La baisse la plus importante des espérances de vie, en chiffres absolus, concerne les jeunes enfants et correspond à un gain de plus d'un mois chaque année. Cependant, en chiffres relatifs, le changement principal a eu lieu entre 5 et 45 ans. Les groupes d'âges qui ont le moins bénéficié de la réduction de la mortalité, en termes relatifs, sont les personnes âgées. Il est en effet plus difficile de sauver une vie dans les groupes d'âges extrêmes compte tenu

GRAPHIQUE N° 3 : TAUX D'AUGMENTATION DES ESPÉRANCES DE VIE À LA NAISSANCE PAR GROUPES DE PAYS (AMÉRIQUE LATINE ET EUROPE), 1850-1960



Pays Latino-américains :

Groupe A : Brésil, Chili, Costa Rica, Mexique, Panamá

Groupe B : République Dominicaine, Nicaragua, Guatemala

Pays européens :

Groupe 1 : Danemark, Angleterre et Pays de Galles, France, Hollande, Norvège, Ecosse, Suède et Suisse

Groupe 2 : Autres pays européens, sauf l'Allemagne

Source : Arriaga (1970), Mortality decline in Latin America.

de la mortalité endogène. Par contre, les causes de décès dites exogènes, comme les infections, sont plus faciles à prévenir et sont plus fréquentes chez les jeunes et les adolescents (Arriaga, 1970).

Une analyse complète des changements de mortalité selon les causes de décès entre 1955 et 1973 a été réalisée par Palloni et Wyrick (1981), qui ont montré l'influence des progrès médicaux sur la diminution rapide des décès infectieux (notamment dans les pays infestés de paludisme) jusqu'en 1965 et un net ralentissement ensuite (voir encadré sur la situation en 1965). Par ailleurs, la baisse de la mortalité a été plus importante pour les femmes que pour les hommes. Les espérances de vie à la naissance ont augmenté, pour l'ensemble des pays latino-américains, de 21,8 ans pour les hommes et de 24,1 ans pour les femmes de 1930 à 1960, soit une augmentation supérieure de 10,5 % pour les femmes.

Les causes de décès en Amérique latine vers 1965

L'importance de chaque cause principale est fonction de l'âge au décès. Le rang occupé, tous âges réunis, est fonction de la composition par âge des décès. Les décès étant constitués principalement d'enfants, on obtenait le classement suivant pour l'ensemble de la région pour les dix premières causes de décès en 1965, encore typique d'une forte mortalité infectieuse :

- 1^{ère} cause : Pneumonie, grippe
- 2^{ème} cause : Gastro-entérite, diarrhées
- 3^{ème} cause : Prématurité
- 4^{ème} cause : Tuberculose
- 5^{ème} cause : Cancer
- 6^{ème} cause : Accidents
- 7^{ème} cause : Maladies du cœur
- 8^{ème} cause : Lésions vasculaires
- 9^{ème} cause : Bronchite
- 10^{ème} cause : Homicides

Les maladies infectieuses et de l'enfance étaient donc encore prédominantes. Cependant, à mesure que la mortalité a baissé, les causes de décès se sont modifiées, suivant en cela le précédent européen selon lequel les causes exogènes (infections, parasitoses) sont peu à peu remplacées par les causes endogènes (tumeurs, maladies du cœur). Par exemple, au Mexique, on observait, entre 1930 et 1967, une augmentation des décès par tumeurs, au second rang des causes de décès, mais les infections gardaient le premier rang des causes de décès (Organisation Panaméricaine de la Santé, 1973).

LE CREUSEMENT DES DISPARITÉS RÉGIONALES

La période de baisse rapide de la mortalité a vu surgir d'énormes disparités régionales dans les niveaux et dans les tendances d'évolution. Le tableau n° 5 présente les espérances de vie à la naissance pour les périodes 1975-1980, 1990-95 et 2000-2005, séparément pour les hommes et les femmes. Il faut remarquer que les écarts entre les valeurs extrêmes sont considérables en 2000-2005, allant d'un maximum de 80,8 ans pour les femmes au Chili à un minimum de 50,8 ans pour les hommes en Haïti. Les espérances de vie pour le sexe féminin sont bien entendu supérieures à celles du sexe masculin, mais ceci n'est pas particulier à la région. La différence entre les valeurs extrêmes est de 24,69 ans pour le sexe masculin et de 23,53 ans pour le sexe féminin en 1975-80 et de 18 ans et 20,1 ans respectivement, en 2000-2005.

Il convient de séparer les pays en plusieurs groupes. Le premier groupe formé par le Chili, Cuba, le Costa Rica, l'Uruguay, Panamá et l'Argentine, dont les espérances de vie à la naissance dépassaient le seuil des 78 ans pour le sexe

TABLEAU N° 5 : ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE EN AMÉRIQUE LATINE, 1975-1980, 1990-1995 ET 2000-2005

Pays	Espérances de vie (années)								
	1975-1980			1990-1995			2000-2005		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Amérique latine	60,9	66,1	63,4	65,8	72,4	69,0	68,8	75,2	71,9
Argentine	65,4	72,2	68,8	68,6	75,8	72,1	70,6	78,1	74,3
Bolivie	48,0	52,2	50,1	58,3	61,8	60,0	61,8	66,0	63,8
Brésil	59,5	64,3	61,8	63,7	71,5	67,5	67,3	74,9	71,0
Chili	63,9	70,6	67,2	71,5	77,4	74,3	74,8	80,8	77,7
Colombie	61,8	66,3	64,0	64,3	73,0	68,6	69,2	75,3	72,2
Costa Rica	68,9	73,3	71,0	74,0	78,6	76,2	75,8	80,6	78,1
Cuba	71,5	74,8	73,1	73,5	77,3	75,3	74,8	78,7	76,7
Équateur	59,7	63,2	61,4	67,6	72,6	70,0	71,3	77,2	74,2
El Salvador	52,2	62,2	57,1	63,3	71,1	67,1	67,7	73,7	70,6
Guatemala	54,4	58,0	56,2	60,5	66,8	63,6	65,5	72,5	68,9
Haïti	49,2	52,2	50,7	54,0	56,8	55,4	57,8	60,7	59,2
Honduras	55,6	59,9	57,7	65,4	70,1	67,7	68,6	73,4	71,0
Mexique	62,2	68,6	65,3	68,5	74,5	71,5	70,4	76,4	73,4
Nicaragua	55,3	60,0	57,6	63,5	68,7	66,1	67,2	71,9	69,5
Panamá	67,0	71,1	69,0	70,2	75,7	72,9	72,3	77,4	74,7
Paraguay	64,4	68,7	66,5	66,3	70,8	68,5	68,6	73,1	70,8
Pérou	56,7	60,5	58,5	64,4	69,2	66,7	67,3	72,4	69,8
République Dominicaine	60,3	64,0	62,1	65,0	69,0	67,0	67,8	72,4	70,1
Uruguay	66,3	73,1	69,6	69,2	76,9	73,0	71,6	78,9	75,2
Venezuela	64,8	70,7	67,7	68,7	74,5	71,5	69,9	75,8	72,8

Source : CELADE (2004), América Latina : Tablas de Mortalidad, 1950-2025.

fémnin, avec des caractéristiques communes : ancienneté de la baisse, en particulier pour l'Argentine et l'Uruguay, mortalité infantile modérée, baisse de mortalité rapide pour Cuba, le Costa Rica et Panamá. Ces pays ont été les seuls où les progrès de l'hygiène et de l'appareil médico-social ont fait diminuer la mortalité dans de larges secteurs de la population, malgré un ralentissement du rythme de progression de l'espérance de vie après 1970, notamment en Argentine et en Uruguay (Muller et Accinelli, 1978).

Un second groupe est formé par les pays de mortalité moyenne : Venezuela, Mexique, Colombie, Brésil, et Équateur. Ces pays ont atteint le seuil des 60 ans d'espérance de vie à la naissance à la fin des années 1970 et sont juste au-dessus de 75 ans d'espérance de vie pour les femmes en 2000-2005. Ils ont connu une réduction importante de la mortalité dans les dernières décennies. Cependant, de larges secteurs de la population, en particulier rurale, ne bénéficiaient pas des progrès de l'hygiène et de la médecine, les programmes d'assainissement et de prévention étant souvent limités aux villes. Faute d'un progrès réel au niveau des sociétés nationales tout entières, un certain ralentissement de la baisse de la mortalité s'est manifesté et la mortalité infantile est restée élevée. En effet, dans tous les pays du monde, l'expérience montre qu'il est aisé de combattre une très forte mortalité mais que des progrès plus importants ne sont obtenus que dans les sociétés où les inégalités sociales sont relativement faibles.

Un troisième groupe est formé par le Guatemala, le Honduras, le Pérou, le Nicaragua, le Salvador, le Paraguay, la République dominicaine, avec des niveaux de mortalité qui ont progressé entre 1970 et 2005. La baisse de la

mortalité s'est produite à partir d'espérances de vie à la naissance, en 1970-1975, inférieures à 60 ans, conséquence d'un faible niveau de vie et d'inégalités sociales très importantes, jusqu'à atteindre 65 ans dans les années 1990-1995 et 70 ans en 2000-2005. Finalement, il faut signaler le cas de Haïti et de la Bolivie, dont les niveaux de mortalité se situaient encore parmi les plus forts du monde, avec des espérances de vie à la naissance autour de 60 ans en 2000-2005. Ces deux pays accusent un retard très important dans leur développement économique et social, s'exprimant par une forte mortalité à tous les âges et notamment chez les jeunes enfants.

Le ralentissement de la baisse de la mortalité après 1980 est généralement expliqué par la persistance d'un faible niveau de vie et le maintien de taux élevés de mortalité infantile et juvénile. De plus, des épidémies de rougeole ou le retour du paludisme peuvent encore se produire, comme ce fut le cas en 1990-1991 au Costa Rica, par suite de relâchements impardonnables dans les politiques publiques de santé. Les 6 000 cas de rougeole et 40 décès en 15 mois ont été la conséquence d'une mauvaise couverture vaccinale dans les 15 dernières années ; quand au retour du paludisme, il a été purement et simplement ignoré et non traité (Mata et Rosero, 1992 ; Palloni, 1981). Il faut également signaler la mortalité par Sida, qui, bien que faible encore, augmente rapidement, alors que les politiques de prévention sont remarquablement peu développées. La sexualité, notamment extra-conjugale, est un sujet extrêmement tabou qui n'est jamais abordé directement par les campagnes sanitaires, alors que l'infection par VIH se développe sans être dénoncée publiquement. La situation est donc très préoccupante. En outre, dans le cas de Haïti, on observe une forte prévalence du VIH et des décès par Sida.

Cette rapide description des disparités régionales de la mortalité latino-américaine reflète les difficultés dans l'éradication des maladies infectieuses ou parasitaires qui ont, depuis de nombreuses années, pratiquement disparu dans les pays les plus développés mais qui demeurent des causes importantes de décès dans la région. La progression des espérances de vie dans l'actualité est ainsi freinée par un niveau élevé de mortalité infantile et juvénile. Une étude de l'Organisation Panaméricaine de la Santé, pour la période 1977-1980, a montré la persistance de la mortalité par les infections respiratoires (pneumonie et grippe) et digestives (gastro-entérites) au premier et deuxième rangs pour les femmes, suivies par les maladies du cœur ; pour les hommes, ces causes de décès étant au deuxième et troisième rangs, derrière les accidents (Organisation Panaméricaine de la Santé, 1982 ; Puffer et Serrano, 1973). Les progrès enregistrés plus récemment, comme par exemple au Mexique dans les années quatre-vingt-dix, concernent justement les infections respiratoires et les accidents principalement (Arriaga, 1986).

LA MORTALITÉ INFANTILE

Comme nous l'avons signalé précédemment, la mortalité des enfants âgés de moins d'un an reste forte malgré l'importance de la baisse enregistrée dans les dernières décennies (**Tableau n° 6**), et les taux de mortalité infantile des pays latino-américains se situent à des niveaux très différents. Les progrès accomplis à Cuba, au Chili et au Costa Rica dans le domaine de la san-

TABLEAU N° 6 : TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE, 1950-1955, 1985-1990 ET 2000-2005

Pays	Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances)		
	1950- 1955	1985- 1990	2000- 2005
Amérique latine	127,7	47,5	27,7
Argentine	65,9	27,1	15,0
Bolivie	175,7	90,1	55,6
Brésil	134,7	52,4	27,3
Chili	120,3	18,4	8,0
Colombie	123,2	41,4	25,6
Costa Rica	93,8	17,4	10,5
Cuba	80,6	12,9	7,3
Equateur	139,5	55,5	24,9
El Salvador	151,1	54,0	26,4
Guatemala	140,8	67,1	38,6
Haïti	219,6	100,1	59,1
Honduras	169,3	53,0	31,2
Mexique	121,2	39,5	28,2
Nicaragua	172,3	65,0	30,1
Panamá	93,0	29,6	20,6
Paraguay	73,4	46,7	37,0
Pérou	158,6	68,0	33,4
République Dominicaine	149,4	54,1	34,4
Uruguay	57,4	22,6	13,1
Venezuela	106,4	26,9	17,5

Source : CELADE (2004), América Latina : Tablas de Mortalidad, 1950-2025.

té et de l'éducation expliquent les taux beaucoup plus faibles que ceux de l'ensemble de la région, de 7,8 et 10,5 décès avant un an pour mille naissances respectivement, bien que ces taux soient encore supérieurs aux taux européens (4 décès/1 000 naissances en Finlande et en Suède en 1996, 5 en Norvège, aux Pays-Bas, au Danemark et en Suisse). La plupart des autres pays connaissent des niveaux de mortalité infantile supérieurs à 40/1 000, c'est-à-dire assez élevés alors même qu'ils sont sous-estimés. Ils doivent généralement être révisés et corrigés étant donné l'importance du sous-enregistrement des décès des très jeunes enfants.

L'important projet de recherche sur la mortalité infantile lancé par l'Organisation Panaméricaine de la Santé de 1962 à 1970 a permis d'expliquer

les particularités de la mortalité infantile et juvénile. Le problème alimentaire est encore très important de nos jours dans la région, à tel point que la plupart des décès des jeunes enfants se produisent sous l'influence de déficiences nutritionnelles associées à des causes infectieuses. Par exemple, alors que la rougeole est la première cause de décès d'enfants, en particulier à Recife (Brésil) et à La Paz (Bolivie), les médecins ont montré que cette maladie devenait fatale sous l'influence de carences alimentaires. C'est donc l'association d'une déficience nutritionnelle et d'une maladie en général infectieuse qui explique la forte mortalité infantile. L'étude de l'Organisation Panaméricaine de la Santé a bien montré que le problème le plus sérieux restait le problème nutritionnel lié aux mauvaises conditions de vie. Dans une des régions étudiées, à Monterrey (Mexique), sur cent décès d'enfants de six mois à quatre ans, dix étaient attribués à la seule malnutrition, mais plus de 50 comprenaient la malnutrition comme cause associée (Behm et al, 1976-1978 ; Puffer et Serrano, 1973 ; Serrano, 1970). La mortalité infantile demeurera donc élevée tant que les déficiences nutritionnelles ne seront pas éliminées, c'est-à-dire la pauvreté. Or, dans la région, entre le tiers et le cinquième des décès se produisent avant l'âge de cinq ans ; c'est dire l'importance de la mortalité des jeunes enfants et des nourrissons sur le niveau global de la mortalité.

Les taux bruts de mortalité

La situation de la mortalité latino-américaine peut être présentée sous un jour moins pessimiste. De nombreux chiffres sont souvent avancés qui montrent que des progrès extraordinaires ont été accomplis dans tous les pays d'Amérique latine et qu'ils ont abouti à des niveaux de mortalité parmi les plus bas du monde. Or, ces chiffres existent et ils sont relativement exacts. Ce sont les taux bruts de mortalité. Mais lorsque des comparaisons de mortalité sont faites, les taux bruts sont un outil extrêmement biaisé car les décès annuels sont rapportés à la population totale. Dans une population, le nombre annuel de décès dépend du niveau de la mortalité, mais aussi du nombre de personnes en âge de décéder. Comme dans les pays d'Amérique latine, le nombre de personnes âgées est très faible car les populations sont très jeunes, les décès par rapport à la population sont également très faibles. C'est ainsi que le Costa Rica a enregistré en 1995 un taux brut de mortalité de 3,7/1 000 alors qu'il était de 11/1 000 en Suède, pays qui a pourtant une mortalité très basse. Il ne faut donc pas comparer les faibles taux bruts de mortalité des pays latino-américains à ceux d'autres régions du monde. Pour les comparaisons, les espérances de vie à la naissance peuvent être utilisées. Dans ce cas, le Costa Rica a une espérance de vie inférieure à celle de la Suède en 1995, soit 76 ans pour le Costa Rica et 78 ans pour la Suède. La Suède a donc bien une mortalité plus faible que le Costa Rica, contrairement à ce que peut faire croire la comparaison des taux bruts de mortalité. Une autre solution consiste à calculer des taux comparatifs de mortalité, à structure par âges constante.