



avancées significatives dans la connaissance de la morbidité et de la mortalité en Afrique (CANTRELLE, 1969 ; CANTRELLE et LÉRIDON, 1971) et dans l'évaluation des différents programmes de santé élaborés et mis en oeuvre grâce à cette amélioration des connaissances (GARENNE et CANTRELLE, 1986 ; CANTRELLE, 1994).

Cette oeuvre pionnière fut fondée sur une stratégie de recherche menée durant trois décennies, au Sénégal puis en Guinée, et basée sur des suivis de population par enquête à passages répétés (CANTRELLE, 1974a), permettant une grande richesse et une meilleure précision de l'analyse démographique et épidémiologique. Cette expérience a inspiré la création de nombreux autres observatoires, moins ambitieux par leur durée et leur fréquence d'observation, au Sénégal également et dans d'autres pays de l'Afrique subsaharienne (Burkina, Gambie, Côte-d'Ivoire...), ayant pour objectif d'élargir à d'autres milieux socio-économiques et écologiques la connaissance des phénomènes démographiques et d'affiner les données issues des enquêtes nationales, notamment celles des projets de l'Enquête Mondiale de Fécondité (EMF/WFS) et de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS/DHS).

Le développement, dans le cadre d'un partenariat scientifique entre l'École Nationale supérieure de Statistique et d'Economie appliquée (ENSEA) d'Abidjan et l'Institut français de recherche scientifique pour le développement en coopération (ORSTOM), d'observatoires en Côte-d'Ivoire, à Memni-Montezo puis à Sassandra, et la réalisation d'enquêtes plus ponctuelles (à Brobo, Biankouma, dans le quartier Yopougon d'Abidjan, etc.) a répondu notamment à cet objectif de collecte de données sur la santé maternelle et infantile, dans un pays qui est demeuré pauvre en informations sur ce thème (la première enquête démographique et de santé ne sera réalisée qu'en 1994).

Les spécificités de chaque population étudiée, qui proviennent de leurs caractères culturels et socio-économiques, confèrent à l'ensemble une hétérogénéité qui permet d'apprécier la diversité régionale de la situation sanitaire ivoirienne, mais aussi les facteurs communs, comme nous le verrons au cours de cet article où nous centrerons notre attention sur la morbidité des mères et des enfants, les recours thérapeutiques et la mortalité dans l'enfance, en fonction de l'environnement sanitaire.

Les données présentées ici reposent sur des enquêtes menées dans différents milieux de Côte-d'Ivoire, l'un situé dans un quartier d'Abidjan, Yopougon, et quatre autres en zone rurale, dont trois en région d'économie de plantation (fig 1).

La commune de Yopougon couvre le secteur nord-ouest de la ville d'Abidjan et représente 19 % de la population de cette ville. Sa population est très jeune (56 % de moins de 20 ans), en majorité ivoirienne, avec une prédominance d'akans. C'est un quartier où résident beaucoup d'agents de l'État ou assimilés, ainsi que des ouvriers et artisans, mais une part non négligeable de la population est au chômage ou en quête d'un premier emploi.

La première zone rurale est constituée par les villages de Memni et Montezo en pays akyé (sud-est ivoirien) : ces unités de peuplement ont bénéficié très tôt (dès le début du XXe siècle) du développement d'une agriculture pérenne d'exportation, reposant sur le café et le cacao, qui a permis une élévation du niveau de vie (amélioration de l'habitat, scolarisation, etc.) et suscité la multiplication des échanges commerciaux et culturels avec l'agglomération d'Abidjan, distante d'une cinquantaine de kilomètres.

La deuxième zone, la sous-préfecture de Sassandra (sud-ouest de la Côte-d'Ivoire), est par contre demeurée jusqu'à la fin des années soixante-dix profondément marquée par un enclavement et une faible densité de population, très préjudiciables à son développement socio-économique. L'économie de plantation, installée là aussi de manière précoce, est restée pendant longtemps de peu d'emprise spatiale et démographique, avant qu'une immigration importante permette une extension rapide des cultures pérennes et une croissance économique plus marquée (GUILLAUME, VIMARD, 1990).

Dans la troisième zone de l'ouest ivoirien, la commune de Biankouma, l'économie de plantation a connu un moindre essor comparativement aux deux autres régions ; aussi les migrations des populations étrangères et ivoiriennes y sont restées limitées. La production de culture vivrière alimente le commerce de détail entre le chef-lieu et les villages avoisinants. Cette zone, longtemps enclavée, a connu un essor à partir de 1961, quand la localité de Biankouma a été érigée en sous-préfecture, mutation qui a entraîné le développement d'infrastructures économiques et sociales.

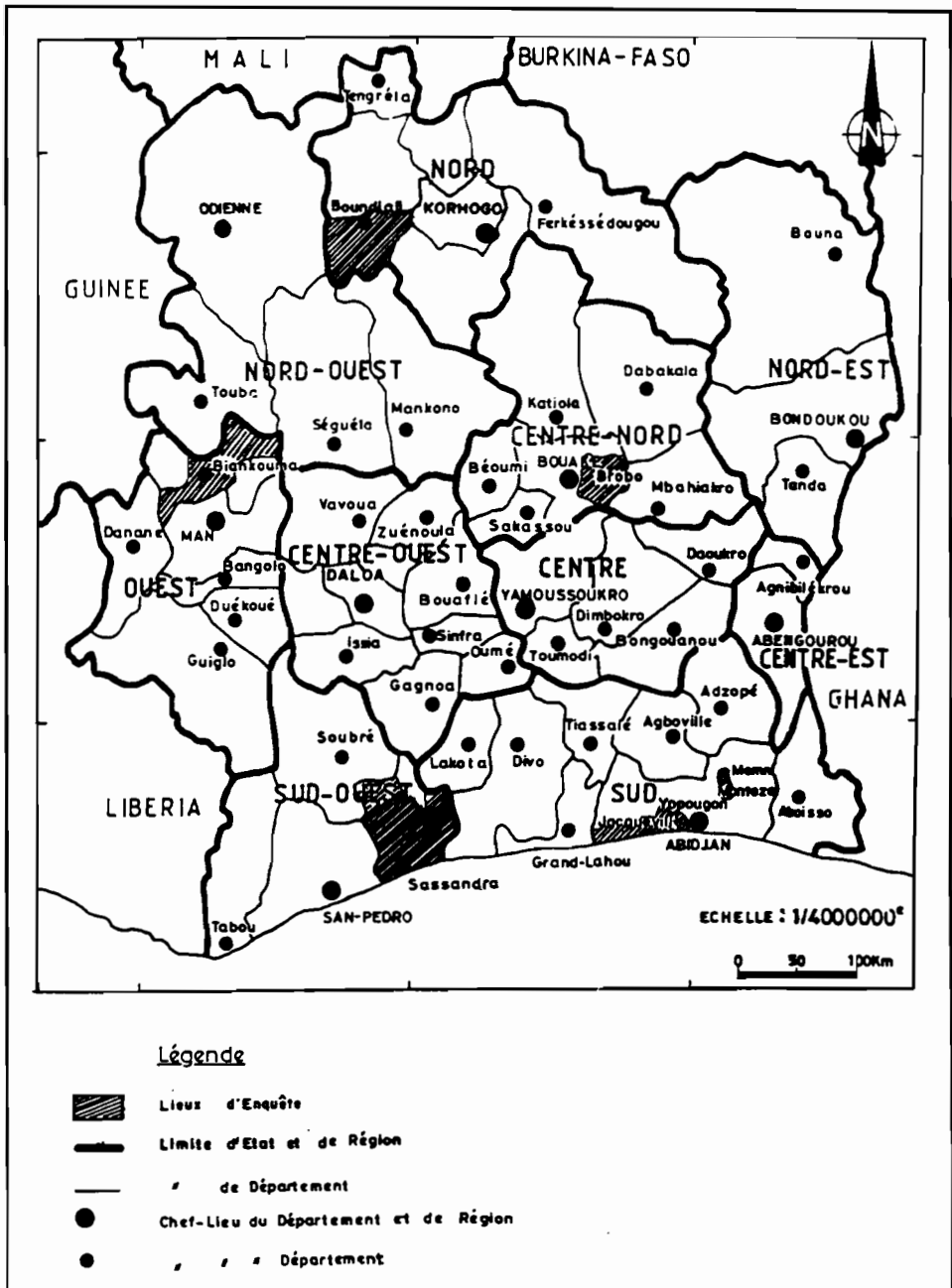


Figure 1 : carte de situation des différentes zones d'enquête





La seconde alternative est de recourir aux soins traditionnels, dispensés dans la famille ou par un thérapeute traditionnel. Les guérisseurs ou prophètes traitent un certain nombre de pathologies : leur présence est beaucoup plus visible en pays akyé que dans le sud-ouest. Leurs soins reposent sur des préparations à base de plantes (potions à boire, pour se laver ou se purger...), mais aussi sur des pratiques d'inspiration plus religieuse : prière, aspersion d'eau bénite... Les soins dans la famille sont également pratique courante, qu'ils reposent sur l'automédication de produits pharmaceutiques ou sur la pharmacopée traditionnelle. Tout un savoir concernant cette pharmacopée se transmet de génération en génération, et le recours aux aîné(e)s est fréquemment sollicité pour pallier un problème de santé.

Lorsque l'on considère les recours thérapeutiques pratiqués par les femmes, un trait commun apparaît : elles sont dans l'ensemble plus nombreuses à recourir à la médecine moderne, mais l'intensité de cette pratique varie dans les deux régions considérées. Elle est plus fréquente à Memni-Montezo (entre 61 et 70 % des recours), où le centre de santé a une situation privilégiée (ancienneté de son installation, disponibilité du personnel...). La proportion d'accouchements à la maternité est un bon indice de la fréquentation du centre, puisque 95 % des naissances ont eu lieu à la maternité, alors que cette proportion n'excède pas 61 % à Sassandra. Cet engouement pour le dispensaire n'exclut en rien un recours à la médecine traditionnelle puisque plus de 21 % des femmes de ces villages du pays akyé conjuguent ce recours à la médecine moderne alors que ces proportions sont bien inférieures à 10 % à Sassandra (tabl. I).

Tableau I  
 Recours thérapeutiques pratiqués par les femmes (de 15 à 49 ans) pour se soigner lors de la dernière maladie contractée, pendant la grossesse, pour soigner les enfants de moins de cinq ans (Memni-Montezo en 1986 et Sassandra en 1988) (en %)

Type de recours	Dernière maladie des femmes		Pendant la grossesse		Soins aux enfants de moins de cinq ans	
	M.-M.	Sas.	M.-M.	Sas.	M.-M.	Sas.
Personne consultée						
Personnel de santé (1)	61	57	70	55	70	69
Tradipraticien, famille (2)	15	35	7	39	9	24
dont famille seulement	0	30	3	33	2	21
1 + 2	24	8	22	6	21	7
Total	100	100	100	100	100	100
Mode de soin						
moderne	63	63	70	55	71	72
traditionnel	14	8	18	39	12	22
moderne + traditionnel	23	29	12	6	17	6
Total	100	100	100	100	100	100
Effectif	472	388	27	36	472	417

Les femmes de ces deux régions se distinguent également dans leurs démarches thérapeutiques par l'importance variable qu'elles accordent aux consultations d'un membre de la famille : elles représentent à Sassandra 30 % des recours, soit la quasi totalité des soins de type traditionnel (la consultation de tradipraticiens restant très marginale dans cette région), au contraire de Memni-Montezo, où la consultation d'un membre de la famille est très peu usitée.

L'alternance des différents modes de soins n'est pas spécifique au milieu rural ; en effet, lors d'une enquête menée à Yopougon en 1993, cette variété de parcours thérapeutiques a également été mise en évidence (tabl. II). Dans ce quartier d'Abidjan, l'importance du rôle joué par les parents lors de la première démarche de soin est surprenante : ils interviennent dans 44 % des cas, alors



que 52 % des malades recourent à la médecine moderne et 1 % se rendent à l'hôpital. On aurait pu s'attendre à un recours beaucoup plus systématique à la médecine moderne à Abidjan où s'offrent à la population davantage d'opportunités pour recourir à ce type de médecine. Les soins prodigués par la famille reposent aussi bien sur l'automédication à base de produits pharmaceutiques (60 %) que sur des médicaments traditionnels (30 %) et d'autres pratiques telles des injections ou des perfusions (10 %). La consultation de thérapeutes traditionnels est limitée puisqu'elle ne concerne à ce premier stade que 3 % des recours. Par contre, dans les trois étapes suivantes, ils sont consultés beaucoup plus fréquemment (entre 15 % et 37 % des choix au lieu de 6 % à 19 % pour la famille). On peut interpréter ce changement de comportement de diverses manières : besoin de découvrir et d'interpréter la cause de la maladie, doute sur l'efficacité de la médecine de type moderne, nécessité de combiner diverses interventions pour accroître les chances de guérison... La médecine moderne reste pourtant fortement sollicitée, en particulier l'hôpital dont le pourcentage de consultant augmente à chaque étape. Cette plus grande fréquentation de l'hôpital peut être liée à l'aggravation de la maladie et à la nécessité d'un autre type d'intervention.

Tableau II  
Fréquence relative du recours en pourcentage aux différents types de pratique selon l'étape de l'itinéraire thérapeutique (Yopougon, 1993)

Etape	Nombre total de recours	Médecine moderne	Médecine traditionnelle	Hospitalisation	Parent
n°1	4959	52	3	1	44
n°2	1705	69	15	9	7
n°3	406	44	18	18	19
n°4	115	38	37	19	6

Source : Extrait du tableau n°17, p. 31, in ENSEA, 1993.

Cette stratégie de la multiplication des parcours thérapeutiques correspond à des besoins spécifiques lors de la gestion de la maladie : ainsi L. VIDAL, dans une étude menée auprès des patients des centres anti-tuberculeux d'Abidjan, mentionne, à propos d'une personne séropositive et tuberculeuse, la consultation de trois instances thérapeutiques et les avantages de ces

différentes consultations : "*auprès du guérisseur, elle a obtenu un diagnostic, au centre antituberculeux un traitement et à l'Eglise, un soulagement moral dans les moments difficiles de sa maladie*" (VIDAL, 1992).

Ces propos illustrent bien la complexité des décisions prises par les populations en matière de soins : elles ne répondent pas exclusivement à la présence d'une instance thérapeutique déterminée, ni à un choix de nature exclusivement économique, mais à d'autres critères de nature sociologique et psychologique. Par exemple, en pays akyé, la stérilité est interprétée par la population selon trois formes : existante dès la naissance, liée à une maladie acquise au cours de la vie féconde, provoquée par une attaque en sorcellerie. Il convient donc de déterminer la cause de son apparition, comme nous efforcerons de le faire à partir des données disponibles sur la Côte-d'Ivoire.

### **La stérilité**

Dans les populations à régime de fécondité naturelle, les niveaux de fécondité sont étroitement corrélés avec "un certain nombre de variables intermédiaires qui interviennent à des moments déterminés de la vie fertile en la soumettant à trois types de risques : exposition aux rapports, conception et naissance vivante" (CANTRELLE et FERRY, 1979).

La stérilité, d'ordre biologique ou comportemental, appartient à ce groupe des variables intermédiaires. La stérilité peut en effet résulter de deux types de facteurs : a) des facteurs comportementaux, telles la pratique contraceptive, la méconnaissance de la période féconde, la non-exposition au risque de concevoir (séparation des conjoints, âge au mariage...) ; b) des facteurs d'ordre physiologique, qu'il s'agisse d'une stérilité acquise dès la naissance (d'origine génétique ou transmise durant la gestation) ou qu'elle soit liée à une maladie ou à des complications consécutives à un accouchement ou un avortement.... Ainsi EVINA (1991) mentionne au sujet de la pathologie de l'infécondité "les maladies stérilisantes (incapacité de concevoir ou de féconder) et les maladies abortives qui sont cause de mortalité foetale (fausses-couches, avortements et mort-nés)". Les maladies sexuellement transmissibles font partie de ces deux catégories, stérilisantes ou abortives, selon le type de maladie vénérienne considéré : ainsi, RETEL LAURENTIN (1979) a-t-elle souligné l'importance de la blennorragie et de la syphilis comme facteur de l'infécondité en Afrique.

### **La stérilité primaire**

Les études sur l'infécondité<sup>2</sup> montrent des niveaux très différents selon les pays, l'Afrique Centrale étant beaucoup plus touchée avec des niveaux d'infécondité primaire (à 45 ans et plus) compris entre 10 et 20 % tandis que pour l'Afrique orientale et occidentale, ils sont en moyenne bien inférieurs à 10 % (EVINA, 1991).

En Côte-d'Ivoire, la stérilité a fait l'objet de très peu d'étude et n'est pas considérée comme constituant un problème de santé important, puisque, pour les analystes de l'enquête ivoirienne de fécondité (EIF, "la proportion de femmes mariées sans naissances vivantes est de l'ordre de 3 % preuve de l'inexistence d'un problème général de stérilité primaire" (Direction de la Statistique, 1984).

Ce niveau est effectivement assez bas puisque, d'après ces résultats de l'EIF, il ne dépasse pas 19 % des femmes de l'échantillon tous groupes d'âges et situations matrimoniales confondus (10,9 pour les femmes non-célibataires), et se trouve situé entre 3 % et 5 % pour les femmes en fin de vie féconde de plus de 40 ans. Interrogées sur la perception de leur état d'infertilité, peu de femmes (9 %) pensent être touchées par ce problème, 3 % se déclarant ménopausées et 6 % évoquant des raisons relatives à une stérilité primaire, secondaire ou à d'autres causes physiologiques. La fiabilité de ces réponses est sujette à caution dans la mesure où cette notion de fertilité n'est pas toujours très compréhensible par les femmes (de par une méconnaissance de la période féconde), et où les enfants sont fréquemment considérés comme des "dons de Dieu". D'autre part, il est courant en Côte-d'Ivoire, comme dans beaucoup de pays de l'Afrique subsaharienne, que les enfants soient élevés par d'autres parents que leurs parents biologiques : entre 16 % et 19 % selon les régions (VIMARD et GUILLAUME, 1991) et que l'on confie, en particulier aux femmes stériles, des enfants qu'elles considèrent alors comme leur propre progéniture pour ne pas révéler leur infécondité. Ce sujet est bien souvent tabou pour les femmes qui valorisent leur statut social à travers la maternité : la stérilité peut être également à l'origine de rupture d'union puisque son niveau est légèrement plus élevé chez les femmes de plus de 45 ans non célibataires en fin de vie féconde (5 %) que chez celles actuellement en union (4,4 %).

---

<sup>2</sup> Nous considérons comme infécondes les femmes qui n'ont pas eu de naissances vivantes et comme infertiles celles qui n'ont pas eu de grossesses.

Dans nos différentes enquêtes, en pays akyé et dans les régions de Biankouma et de Sassandra, les proportions de femmes infécondes sur l'ensemble de l'échantillon se situent entre 12 % et 28 % avec d'importantes différences selon l'âge (tabl. III). Ces écarts sont surtout sensibles aux jeunes âges particulièrement dans l'ouest et le sud-ouest où cette infécondité est nettement plus élevée chez les femmes de moins de 25 ans. Ces femmes de moins de 25 ans sans enfant sont essentiellement des célibataires, des femmes entrées récemment en union ou qui n'ont pas encore eu de relations sexuelles : leur stérilité n'a donc rien de définitif mais est plutôt liée à leur cycle de vie. Globalement, les niveaux de stérilité sont plus faibles à Memni-Montezo et relativement proches dans les deux régions de l'ouest de la Côte-d'Ivoire, avec cependant une stérilité légèrement plus fréquente à presque tous les âges à Biankouma. Les données disponibles ne nous permettent pas d'expliquer les différences entre ces régions mais simplement d'émettre un certain nombre d'hypothèses sur l'inégalité au détriment de Biankouma : moins bonne qualité du suivi médical, niveau plus élevé de mortalité intra-utérine, prévalence plus élevée de maladies sexuellement transmissibles.

Tableau III  
Proportions de femmes sans grossesse et sans naissance vivante  
(pour 100 femmes de chaque groupe d'âge tout état matrimonial confondu)  
dans différentes régions de Côte-d'Ivoire

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	ensemble
Memni-Montezo, 1986								
- sans grossesse	54	10	5	3	2	1	2	11
- sans naissance	56	11	5	3	2	4	3	12
Sassandra , 1988								
- sans grossesse	72	13	7	3	2	1	1	18
- sans naissance	68	16	6	4	2	1	2	20
Biankouma, 1992								
- sans naissance	70	24	11	5	1	5	0	28
Côte-d'Ivoire 1981-1982								
- sans naissance	59	12	6	3	3	3	5	19

Lorsque l'on s'intéresse à l'infertilité, on constate que le profil des femmes qui n'ont pas eu de grossesse est sensiblement identique à Memni-Montezo et à Sassandra<sup>3</sup>. Ces femmes infertiles sont essentiellement de jeunes femmes, célibataires ou en début d'union, qui n'ont pas encore entamé leur processus de constitution de leur descendance. Les différences entre les proportions de femmes infécondes et infertiles sont faibles puisqu'elles n'excèdent pas 2 % pour l'ensemble des femmes : un tel écart révèle un faible niveau de mortalité intra-utérine. En effet, les taux de mortalité intra-utérine s'élèvent à respectivement 59 pour 1 000 et 78 pour 1 000 à Sassandra et à Memni-Montezo, indices peu élevés comparés à ceux enregistrés dans d'autres pays. Par exemple, au Togo, les taux enregistrés lors de différentes enquêtes étaient de l'ordre de 100 pour 1 000 (LOCOH, 1984 ; QUESNEL et VIMARD, 1988). Ces faibles niveaux de mortalité intra-utérine s'expliquent certainement en partie par une sous-déclaration des événements, en particulier des décès intra-utérins précoces, surtout pour les femmes en fin de vie féconde. A Memni-Montezo la qualité du suivi prénatal et des conditions d'accouchement (95 % des accouchements ont eu lieu au dispensaire) contribuent également à la faible mortalité intra-utérine. De plus, dans ce dispensaire, des consultations spéciales sont faites pour les femmes ayant un problème de stérilité.

### **La stérilité secondaire**

Les niveaux de stérilité secondaire (absence de grossesse durant les cinq dernières années) sont très différents dans le sud-est et le sud-ouest ivoirien : 30 % pour l'ensemble des femmes de Memni-Montezo au lieu de 10 % à Sassandra. Cette stérilité peut être de nature physiologique ou liée à un comportement social (migration temporaire du conjoint, non cohabitation, pratique contraceptive...).

Ces différences peuvent s'expliquer en partie par le profil démographique des femmes : en pays akyé, les femmes interrogées sont en moyenne beaucoup plus âgées (16 % des femmes ont plus de 45 ans au lieu de 4 % dans le sud-ouest). Les femmes stériles de cette région sont d'ailleurs essentiellement des femmes en fin de vie féconde (47 % ont plus de 45 ans et 21 % entre 40 ans et 44 ans), environ un tiers d'entre elles n'ont plus leurs règles et ne vivent plus en union et

---

<sup>3</sup> Ces données ne sont pas disponibles pour la région de Biankouma.

elles ont en moyenne une descendance déjà élevée (5,7 naissances vivantes au lieu de 4,3 pour l'ensemble de l'échantillon ; tabl. IV).

Tableau IV  
Caractéristiques des femmes qui n'ont pas eu de grossesses durant les cinq dernières années en pays Akyé (1986) et dans le Sud-Ouest (1988) (répartition en %)

	Memni-Montezo	Sassandra
Age actuel		
15-19	-	1
20-24	3	5
25-29	6	12
30-34	10	16
35-39	13	25
40-44	21	19
45-49	47	21
Etat matrimonial		
célibataire	3	2
mariée	66	74
divorcée ou veuve	31	24
Règles		
oui	65	82
non	35	18
Relations sexuelles		
oui	75	80
non	25	20
Pratique contraceptive		
oui	4	2
non	96	98
Ensemble	30	10

Dans le sud-ouest, le profil des femmes stériles est moins homogène : une part importante d'entre elles sont effectivement des femmes en fin de vie féconde, 40 % ont plus de 40 ans, 14% déclarent avoir atteint la ménopause. Mais la stérilité touche également de plus jeunes femmes, dont près des deux-tiers mentionnent une période de séparation d'avec leur conjoint. Cette zone est en effet une région de migration où la mobilité, aussi bien masculine que féminine, est importante.

La pratique contraceptive pourrait expliquer cette absence de grossesse, mais, dans les deux régions, la prévalence contraceptive reste faible, comme d'ailleurs dans l'ensemble du pays. La diffusion de ces méthodes est en effet très réduite et bien souvent limitée à quelques centres de santé en zone urbaine<sup>4</sup>. A Memni-Montezo, seulement 4 % de ces femmes déclarent recourir à de telles méthodes alors que 16 % mentionnent l'utilisation de méthodes pour favoriser la venue d'une grossesse ; ces proportions sont respectivement de 2 % et 11 % à Sassandra. Cette stérilité secondaire ne peut donc pas s'expliquer par une pratique volontaire de limitation des naissances qui reste des plus limitées.

Cette étude sur la santé maternelle révèle des différences notoires entre Sassandra et Memni-Montezo quant à la stérilité et aux comportements de santé, avec notamment une part différente accordée aux soins familiaux dans les pratiques thérapeutiques. Ces comportements sont-ils identiques lorsque la santé des enfants est en jeu ?

## **SANTE DE L'ENFANT**

### **Morbidité des enfants et stratégies thérapeutiques**

Pour les enfants de moins de cinq ans les principaux motifs de consultation dans les structures sanitaires de base sont le paludisme, les diarrhées, les infections respiratoires, les maladies du Programme élargi de vaccination (PEV), le pian et la dracunculose (YAPO, 1992).

Lorsque l'on considère sur trois ans (1989-1991) l'évolution des effectifs d'états morbides notifiés par les formations sanitaires de base, on constate qu'ils enregistrent une baisse sensible de près d'un tiers : les évolutions du paludisme, des maladies diarrhéiques, et du tétanos chez les enfants de moins de 5 ans révèlent une diminution importante depuis 1988. Par contre, pour la rougeole, qui avait connu une chute spectaculaire après la campagne nationale de vaccination, la tendance s'inverse (YAPO, 1992). Excepté pour la rougeole, on peut s'interroger sur les causes des évolutions enregistrées : amélioration réelle de l'état de santé des populations ou moindre fréquentation des centres de santé ? Il semblerait que la deuxième hypothèse soit la plus plausible. En effet,

---

<sup>4</sup> La mise en place de programmes de planification, suite à l'adoption en 1991 d'une politique de maîtrise de la croissance démographique, devrait modifier cette tendance.





Pour soigner leurs enfants, les femmes vont surtout consulter dans les centres de santé, dans des proportions plus élevées que pour se soigner elles-mêmes : près de 70 % des recours à Memni-Montezo et à Sassandra, et si l'on y ajoute les cas où des thérapies de type traditionnel sont adjointes à ce type de consultation, on mesure, surtout en pays akyé, l'importance du rôle joué par la médecine moderne. Il importe de noter, comme nous l'avons déjà mentionné pour les femmes, la place importante des soins d'origine familiale dans le sud-ouest, où les consultations de tradipraticiens restent très marginales.

Dans la région de Brobo, où l'étude a été menée en prenant en compte seulement deux alternatives : utilisation de la médecine moderne ou de la médecine traditionnelle, on constate également un recours dominant à la médecine moderne (62 % des recours). Par contre lorsque l'on interroge les femmes sur le lieu de consultation, il apparaît que seulement 44 % des soins ont été dispensés en structures sanitaires, ce qui révèle un important recours à l'automédication familiale (GUILLAUME et KOFFI, 1988).

Cette étude des comportements thérapeutiques montre une pluralité dans les démarches effectuées par les femmes aussi bien pour se soigner que pour soigner leurs enfants. A partir des résultats de l'enquête à Sassandra en 1991, nous nous sommes interrogés sur les relations qui existaient entre les comportements de santé et les niveaux d'instruction et de connaissance en matière de santé, et il est apparu que la relation "ne joue pas toujours dans le sens attendu : en effet un bon niveau dans ces deux domaines n'engendre pas un recours systématique à la bio-médecine... mais bien d'autres facteurs viennent interférer dans ces comportements : ainsi l'environnement familial et social joue-t-il un rôle important dans les comportements entourant la santé des enfants" (DELCROIX et GUILLAUME, 1993).

Cette analyse de la morbidité infantine nous amène à nous interroger sur les niveaux et les principales causes de mortalité des enfants dans les différentes régions considérées.

### **La mortalité des enfants**

#### ***Evolution du niveau de la mortalité des enfants***

Si l'Afrique est le continent où la mortalité des enfants est la plus élevée du monde, l'Afrique de l'Ouest étant la région du continent la moins favorisée à

cet égard, la Côte-d'Ivoire se situe à un niveau moyen dans la sous-région, moins bien située que d'autres pays côtiers, comme le Libéria, le Ghana ou le Nigéria, mais nettement plus avantagée que les pays sahéliens, les plus touchés par la surmortalité infantine (AKOTO, 1994).

Cette situation médiocre correspond cependant à un progrès important durant les trente dernières années observées (de 1958 à 1988) ; lors de cette période la mortalité infantile a été divisée par plus de deux et l'espérance de vie à la naissance, dépendante en partie de l'intensité de la mortalité des jeunes enfants, est passée de 33 ans à 55 ans (tabl. VI)<sup>5</sup>.

Tableau VI  
Evolution des quotients de mortalité (‰) des enfants  
et de l'espérance de vie à la naissance en Côte-d'Ivoire

Indicateur et milieu	1958 (1)	1975 (2)	1978-1979 (3)	1988 (4)
mortalité infantile (1 q0)				
Ensemble	200	190	103	97
Rural		200	115	108
Abidjan		175	65	64
Urbain (sans Abidjan)				74
mortalité juvénile (4 q1)				
Ensemble			85	59
Rural			93	71
Abidjan			50	27
Urbain (sans Abidjan)				37
mortalité dans l'enfance (5 q0)				
Ensemble			179	150
Rural			197	171
Abidjan			112	89
Urbain (sans Abidjan)				108
Espérance de vie à la naissance	33 ans	35 à 40 ans	48,5 ans	55 ans
Sources : (1) Enquête démographique 1957-1958, (2) Recensement général de la population 1975, (3) Enquête à passages répétés 1978-1979 (Ahonzo et al., 1984) ; (4) Recensement général de la population 1988 (Djedjed, 1992)				

<sup>5</sup> Les indices de mortalité présentés dans ce tableau 6 résultent de mesures indirectes. Par contre au tableau 7 il s'agit de mesures de la mortalité à partir du devenir des enfants enregistrés dans le questionnaire "vie génésique" des femmes

Comme dans toute l'Afrique subsaharienne (CANTRELLE, 1974b), la structure de la mortalité des enfants en Côte-d'Ivoire se caractérise par une mortalité élevée de 1 ans à 4 ans, correspondant aux risques importants de décès des enfants durant le sevrage et à la prévalence des maladies infectieuses, mais cette mortalité dite juvénile demeure cependant moins importante que la mortalité de la première année, contrairement à ce que l'on peut trouver dans d'autres populations africaines. On peut penser que ceci traduit un environnement économique des familles plus acceptable que dans d'autres pays et qui permet de garantir aux jeunes enfants une supplémentation alimentaire et un suivi sanitaire relativement satisfaisants en quantité comme en qualité.

Ces progrès constatés, on ne peut que s'inquiéter cependant de la relative stagnation durant la décennie récente (1978-1988) de la mortalité infantile qui, après une phase de baisse importante, demeure aux alentours de 100 pour 1 000<sup>6</sup>. De fait la mortalité infantile semble parvenue à des paliers, à Abidjan (autour de 65 pour 1 000) comme en milieu rural (autour de 110 pour 1 000), au dessous desquels il lui est difficile de descendre ; nul doute que la crise économique n'intervienne ici pour rendre plus délicate, depuis la fin des années 70, l'amélioration de la situation sanitaire des plus jeunes enfants. Par contre, on relève avec satisfaction durant cette dernière période une baisse importante de la mortalité entre le premier et le cinquième anniversaire, tout particulièrement à Abidjan où la mortalité juvénile a été pratiquement divisée par deux en une décennie, traduisant là les effets d'une bonne couverture sanitaire et d'une situation économique moins précaire en moyenne dans l'agglomération abidjanaise que dans le reste du pays (KANBUR, 1990).

### ***De quelques tendances régionales***

En Côte-d'Ivoire, comme dans tous les pays en développement, le niveau de la mortalité dans l'enfance et le rythme de sa baisse varient fortement selon les zones géographiques et les groupes socio-économiques, un réseau de facteurs (d'ordre environnemental, économique, culturel, politique...) provoquant ces différences importantes (GARENNE et VIMARD, 1984). Les écarts entre Abidjan, les autres milieux urbains et le milieu rural en sont une première appréhension.

---

<sup>6</sup> Même si on peut estimer que l'ajustement des indices a conduit à une légère sous-estimation de la mortalité infantile en 1978-1979.

A un niveau plus fin, on peut rappeler les différences selon le type d'habitat à Abidjan en 1978-1979 (ANTOINE et HERRY, 1984) : pour la mortalité infantile, de 26 pour 1 000 (habitat de standing) à 59 pour 1 000 (habitat sommaire), et pour la mortalité juvénile de 20 pour 1 000 (habitat économique<sup>7</sup>) à 115 pour 1 000 (habitat sommaire).

L'ensemble des données disponibles permettent de disposer à certaines dates d'une bonne documentation sur les différences socio-économiques et régionales de la mortalité dans l'enfance, et mettent en évidence l'influence primordiale des inégalités de niveau de vie et d'instruction des parents dans ces écarts (DJEDJED, 1991, 1992). Mais l'analyse des évolutions longues mérite d'être affinée afin d'obtenir une vision plus dynamique des différents processus de baisse de la mortalité dans l'enfance. C'est ce que nous nous efforcerons de faire en comparant les tendances à Memni-Montezo et Sassandra.

La mortalité dans l'enfance est à Memni-Montezo particulièrement faible pour une zone rurale, les indices se révélant même inférieurs le plus souvent à ce qu'ils sont à la même période à Abidjan (tabl VII, fig 2). Ceci résulte de la conjugaison de deux facteurs : a) la qualité et l'efficacité des soins apportés à la population, dans un rayon de 20 km, par le centre de santé de Memni, et ceci dès les années soixante (GUILLAUME et KOFFI, 1988)<sup>8</sup> b) le niveau de revenu relativement élevé dans cette zone pionnière de l'économie de plantation ivoirienne (FAUSSEY-DOMALAIN et VIMARD, 1991).

Grâce à cela l'avance prise est considérable : dès la décennie 60 les quotients de mortalité dans l'enfance sont inférieurs à ce qu'ils sont en 1988 pour l'ensemble du milieu rural ivoirien, et ils sont dès 1975 équivalents à ce qu'ils sont, en 1988 toujours, pour le milieu urbain (moins Abidjan). Globalement on peut considérer que ces villages ont 30 ans d'avance sur la moyenne des zones

---

7 La mortalité juvénile dans l'habitat de standing n'a pu être mesurée en raison d'un échantillon trop faible.

8 Etudiant, en 1973, la mortalité infantile dans la région, MM DUTERTRE et VESINO notaient déjà à propos de l'apport du centre de santé de Memni : *"les chances de survie, du fait de la surveillance des femmes enceintes, des accouchements tous pratiqués par une sage-femme compétente, enfin de la possibilité qu'ont les parents d'enfants jeunes de trouver sur place les conseils et les soins élémentaires dont ils ont besoin, sont certainement parmi les meilleurs que l'on puisse actuellement trouver en milieu rural"* (DUTERTRE et VESINO, 1973).

rales et quinze ans d'avance sur les villes secondaires du pays<sup>9</sup>.

Tableau VII  
Évolution de la mortalité dans l'enfance à Memni-Montezo (pays Akyé) et à  
Sassandra selon les générations de naissance  
(quotient de mortalité pour 1 000)

Lieu et génération	mortalité infantile	Mortalité juvénile	mortalité dans l'enfance
Memni-Montezo			
1965-1969	74	68	137
1970-1974	74	49	119
1975-1979	66	34	98
1980-1984	48	21*	60*
Sassandra			
1972-1976	128	70	189
1977-1981	106	66	165
1982-1986	105	48	149
1987-1991	69	46**	112**
* pour les générations de naissance 1980-1981			
** Indice estimé			

Si, dès la décennie soixante, la zone de Memni-Montezo constitue en Côte-d'Ivoire une zone privilégiée quant à la mortalité dans l'enfance, les progrès se sont ensuite poursuivis puisque les indices baissent d'environ 22 % en une quinzaine d'années, entre la période 1960-1965 et les années 1975-1979, soit une diminution d'environ 1,6 % par an. Celle-ci peut être considérée comme relativement faible, si on la compare aux rythmes annuels de diminution de la mortalité dans l'enfance dans les pays africains telles qu'elles ont pu être mesurées dans différents pays (entre 1,4 % pour le Soudan et 5,1 % pour le Botswana ; AKOTO, 1994), mais elle demeure significative si l'on considère le faible niveau de départ et le fait que les progrès deviennent de plus en plus difficile à obtenir au fur et à mesure de la baisse de la mortalité.

<sup>9</sup> Si ce faible niveau de mortalité dans l'enfance apparaît singulier pour la Côte-d'Ivoire, il n'est pas propre à ces villages akyé et l'on peut trouver dans d'autres régions d'Afrique de l'Ouest des niveaux encore inférieurs. Il en est ainsi sur le plateau de Dayes (sud-ouest Togo), lui aussi milieu d'économie de plantation, où, par exemple, le quotient de mortalité dans l'enfance était pour les générations d'enfants 1970-1974 de 102 pour 1000, contre 119 à Memni-Montezo, pour les mêmes générations (VIMARD, 1984).



Cette baisse de la mortalité des enfants à Memni-Montezo concerne en majeure partie la période juvénile, qui se trouve divisée par deux en dix ans (des générations 1965-1969 aux générations 1975-1979) ; au contraire, les progrès durant la période infantile sont lents durant toute la décennie soixante-dix et deviennent seulement significatifs avec les années quatre-vingt. Sans doute faut-il rechercher dans la nature des actions prioritaires menées par le centre de santé de Memni (suivi des vaccinations, campagnes d'information quant aux modalités du sevrage, etc.) les fondements de cette baisse inégale durant la période observée ; baisse qui intervient d'autre part à un moment où un certain nombre de progrès significatifs ont déjà été antérieurement obtenus. Pour l'ensemble du monde rural ivoirien aussi, la mortalité infantile diminue moins vite que la mortalité juvénile, mais avec une différence dans les rythmes de baisse cependant moindre qu'à Memni-Montezo.

La mortalité des enfants dans la région de Sassandra est également inférieure à celle de l'ensemble du milieu rural ivoirien, mais dans des proportions nettement moindres qu'en pays akyé : il s'agit ici d'une avance qui peut être évaluée à une décennie (au lieu de trente ans pour Memni-Montezo). Au delà de cette comparaison générale, deux faits méritent d'être mentionnés. Tout d'abord on remarque une baisse plus rapide à Sassandra que pour le reste du monde rural ivoirien entre la décennie soixante-dix et la décennie quatre-vingt ; l'écart de mortalité, autour de 30 pour 1 000 à la fin des années soixante-dix a doublé dix ans plus tard pour atteindre 60 pour 1 000, au bénéfice de Sassandra (tabl. VI et VII, fig. 2).

Le second fait marquant est relatif à la structure interne de la baisse de la mortalité, celle-ci étant à Sassandra d'intensité proche durant les périodes infantile et juvénile. Cette diminution est égale à 46 % pour la période infantile et 34 % pour la période juvénile des générations 1972-1976 aux générations 1987-1991, soit un rythme annuel de baisse proche de 2,5 %. Ici, plus que d'actions spécifiques intervenant prioritairement lors de la période juvénile après une phase de progrès déjà solide comme à Memni-Montezo, nous observons les résultats d'une amélioration générale de l'état sanitaire de la population, grâce au progrès socio-économique (hausse des revenus, scolarisation croissante, désenclavement relatif et progressif, etc.) et au développement des activités du secteur de santé rural, luttant, par la mise en place d'équipes mobiles





infantiles (10 %) que juvéniles (19 %). On peut d'ailleurs noter une recrudescence des affections diarrhéiques comme cause de décès juvéniles dans la période récente.

Tableau VIII  
Causes principales de décès infantiles et juvéniles selon la période à Sassandra (en %)

Période	Diarrhée	Fièvre, Paludisme	Rougeole	Affections respiratoires	Autre	N. D.	Effectif de décès
1970-1987							
0 an	10	13	7	5	33	32	345
1-4 ans	13	14	21	5	30	17	132
0-4ans	11	13	11	5	33	27	477
1988-1993							
0 an	11	12	2	3	44	28	169
1-4 ans	32	14	5	5	32	12	83
0-4ans	18	13	3	4	40	22	252
1970-1993							
0 an	10	9	6	4	39	32	551
1-4 ans	19	13	15	5	30	18	240
0-4ans	13	13	8	4	34	28	791
* Les données pour la période 1970-1993 comprennent également les décès d'enfants dont l'année de naissance est inconnue à l'intérieur de la période 1970-1993.							

Dans l'ordre des déclarations, ces maladies diarrhéiques sont suivies des états fébriles, qui représentent souvent des états palustres ; ces fièvres sont déclarées responsables de 9 % des décès infantiles et 13 % des décès juvéniles. La rougeole est également déclarée comme une cause importante de décès (8 % de l'ensemble des décès d'enfants), tout particulièrement pour les enfants de 1 an à 4 ans où elle représente 15 % des décès. Cependant, il convient de noter que la fréquence des décès pour cause de rougeole a considérablement diminué durant la période récente, passant de 11 % des décès dans l'enfance à 3 % entre 1970-1987 et 1988-1993. Ceci atteste de l'amélioration de la couverture vaccinale réalisée dans le cadre du programme élargi de vaccination ; les autres maladies prévenues par ce programme (coqueluche,

diphthérie, fièvre jaune, poliomyélite, tétanos, tuberculose) étant, d'une manière générale, peu citées, mais il est vrai qu'elles sont plus difficilement identifiables par les populations et le personnel soignant<sup>11</sup>. Les affections respiratoires sont également mentionnées, mais dans une moindre mesure (4 % des décès). Les causes regroupées dans la rubrique "autre" sont multiples et chacune d'elles est très faiblement représentée. Parmi ces causes, on trouve aussi bien des motifs accidentels (morsure de serpent, noyade, brûlure) que des maladies plus ou moins bien identifiées (maux de coeur, fontanelle, correspondant souvent à une déshydratation, maux de tête, difficultés pour têter). Sont également citées, comme cause des décès néonataux, la prématurité, les malformations et les accouchements difficiles.

Ces données sont confirmées dans d'autres zones rurales ivoiriennes. A Memni-Montezo, sur les 55 décès d'enfants nés entre 1981 et 1986 et enregistrés lors de l'enquête, 74 % des cas ont pu voir leur cause précisée : parmi celles-ci, viennent au premier rang les affections diarrhéiques, puis les états fébriles et les maladies respiratoires ; les causes imprécisées font certainement partie des causes endogènes, difficiles à identifier, 27 % des décès étant intervenus lors de la première semaine qui a suivi la naissance. De même, à Brobo, les quelques données d'enquête disponibles classent en première position les maladies diarrhéiques, puis la rougeole (GUILLAUME, KOFFI, 1988). Le poids des maladies diarrhéiques est significatif de la difficulté à faire adopter des traitements curatifs efficaces dans les zones rurales africaines ; ces maladies sont en régression dans de nombreuses régions du monde, depuis la diffusion de la méthode de la réhydratation par voie orale (RVO). Mais cette technique, si elle est connue, n'est pas toujours pratiquée car de nombreuses femmes croient que donner à boire favorise la diarrhée. De plus en pays akan, où se situent Brobo et Memni-Montezo, la majorité des décès dus aux affections diarrhéiques résulterait d'une thérapeutique traditionnelle reposant essentiellement sur des "lavements de ventre", méthode purgative qui favorise de fait la déshydratation et accélère l'affaiblissement de l'organisme (GUILLAUME, KOFFI, 1988).

---

<sup>11</sup> Le corps raide, que l'on peut en principe assimiler au tétanos, est cité dans 2,1 % des cas ; on remarque également une légère baisse de la fréquence des cas cités : de 2,7 % pour la période 1970-1987 à 1,6 % pour les années 1988-1993.

## CONCLUSION

Les analyses précédentes nous ont montré l'amélioration significative de l'état sanitaire dont ont pu bénéficier les populations ivoiriennes durant les dernières décennies ; progrès attestés notamment par la baisse de la mortalité des enfants et l'augmentation de l'espérance de vie. Cependant on demeure surpris par le niveau de mortalité des enfants relativement plus élevé en Côte-d'Ivoire que dans des pays, comme le Ghana, le Nigéria ou le Togo, comparables du point de vue des grandes structures socio-culturelles et des données écologiques et affectés d'une croissance économique moins rapide.

En effet, la mortalité dans l'enfance se révèle relativement plus forte en Côte-d'Ivoire que dans les pays proches bien que la situation alimentaire générale des enfants y soit meilleure : l'insuffisance pondérale à la naissance, traduisant le plus souvent une mauvaise alimentation des mères durant la gestation, est plus faible en Côte-d'Ivoire comme la prévalence de la malnutrition avant cinq ans (tabl. IX). Ceci résulte sans aucun doute d'un contexte économique comparativement moins défavorable pour les populations ivoiriennes, comme le montre l'écart entre les produits nationaux bruts par habitant : 690 \$ pour la Côte-d'Ivoire, nettement supérieur à ce qu'il est au Togo (410 \$), au Ghana (400 \$) et plus encore au Nigéria (340 \$).

Tableaux IX  
Données sanitaires sur la Côte-d'Ivoire, le Ghana, le Nigéria et le Togo

Indicateur	Côte-d'Ivoire	Ghana	Nigéria	Togo
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) 1991	95	83	85	87
Taux de mortalité avant l'âge de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes) 1991	150	125	185	140
Insuffisance pondérale à la naissance (%) 1985	14	17	25	20
Prévalence de la malnutrition (moins de 5 ans) 1990	12	36	-	14
Accouchements assistés par du personnel de santé (%) 1985	20	73	-	-
Part des dépenses de santé dans les dépenses totales de l'administration centrale (%) 1980	3,9	7,0	-	5,3
Dépenses de santé (en % du PNB) 1980	1,26	0,76	-	1,69

Source : Banque mondiale, 1993.



Une plus grande sensibilisation des populations aux problèmes de santé et d'hygiène, par des campagnes d'information répétées et une utilisation plus forte des médias ainsi qu'une répartition des infrastructures moins inégale et plus adaptée aux besoins réels des populations, notamment en zone rurale, seraient de nature à améliorer la situation actuelle et à accroître les progrès enregistrés durant ces dernières décennies.

### BIBLIOGRAPHIE

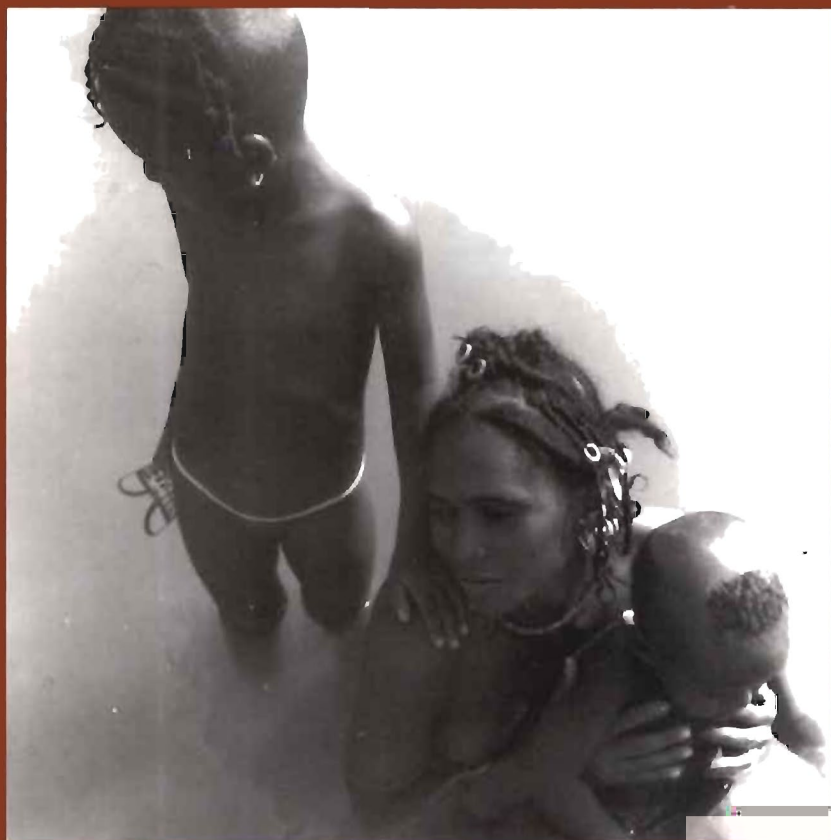
- ADOU (A.) et KOFFI (N.), 1987 – *La population de Brobo*, Etudes et recherches n° 13, ENSEA, Abidjan, Mars 1987, 94 p. + annexes.
- AHONZO (E.), BARRÈRE (B.) et KOPYLOV (P.), 1984 – *Population de la Côte-d'Ivoire. Analyse des données démographiques disponibles*, Direction de la Statistique, Abidjan.
- AKOTO (E.), 1994 – Evolution et déterminants de la mortalité en Afrique, in "*Croissance démographique et stratégie de développement en Afrique*", Koffi N., GUILLAUME A., VIMARD P. et Zanou B. (eds), Séminaire International ENSEA-ORSTOM, (Abidjan, 26-29 novembre 1991). Colloques et Séminaires ORSTOM, Paris : 49-69.
- ANTOINE (P.) et HERRY (C.), 1984 – Mortalité infantile et juvénile à Abidjan 1978-1979, *Cahiers ORSTOM, série Sciences Humaines*, vol. XX, n° 2, 1984 : 141-155.
- BANQUE MONDIALE, 1993 – *Rapport sur le développement dans le monde 1993. Investir dans la santé*, Washington D.C.
- CANTRELLE (P.), et LERIDON (H.), 1971 – Breastfeeding, mortality in childhood and fertility in a rural zone of Senegal, *Population Studies*, 25 : 505-533.
- CANTRELLE (P.), et LOCOH (T.), 1990 – *Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest*, Les dossiers du CEPED n° 10, Paris.
- CANTRELLE (P.), 1969 – *Etude démographique dans la région du Sine-Saloum (Sénégal) ; état-civil et observation démographique*, Travaux et Documents de l'ORSTOM n° 1, ORSTOM, Paris.
- CANTRELLE (P.), 1974a – *La méthode de l'observation démographique suivie par enquête à passages répétés (OS/EPR)*, Laboratories for Population Statistics, Scientific Report Series N° 14, University of North Carolina, Chapel Hill.
- CANTRELLE (P.), 1974b – Is there a standart pattern of tropical mortality ? in *Population in African Development*, CANTRELLE P. (ed), Ordina, Liège.



- FAUSSEY-DOMALAIN (C.), et VIMARD (P.), 1991 – Agriculture de rente et démographie, *Revue Tiers Monde*, t. XXXII, n°125, janvier-mars 1991 : 93-114.
- GARENNE (M.), et CANTRELLE (P.), 1986 – Rougeole et mortalité au Sénégal. Etude de l'impact de la vaccination effectuée à Khombole 1965-1968 sur la survie des enfants, in *Estimation de la mortalité du jeune enfant (0-5 ans) pour guider les actions de santé dans les pays en développement*, Séminaire INSERM, Paris, vol. 145 : 515-532.
- GARENNE (M.), et VIMARD (P.), 1984 – Eléments pour un schéma d'analyse des facteurs de la mortalité dans l'enfance, *Cahiers ORSTOM, série Sciences Humaines*, Vol XX, n°2, 1984 : 305-310.
- GUILLAUME (A.), et KOFFI (N.), 1988 – *Morbidité et mortalité infanto-juvénile en pays akan (Côte d'Ivoire)*. in Congrès Africain de Population (Dakar, Sénégal, 7-12 novembre 1988), Union Internationale pour l'Etude scientifique de la Population, Direction de la Statistique, Sénégal. Volume 2, 3.4. Morbidité, environnement et variations territoriales de la mortalité : 3.4.33-49.
- GUILLAUME (A.), 1988 – *Santé de la reproduction en pays akyé*. ORSTOM, Abidjan, 1988.
- GUILLAUME (A.), VIMARD (P.), 1990 – *Santé maternelle et infantile et dynamique familiale dans le Sud-Ouest de la Côte-d'Ivoire*. UNICEF, ENSEA, ORSTOM, Abidjan, Etudes et recherches, n° 20, juillet 1990.
- KANBUR (R.), 1990 – *La pauvreté et les dimensions sociales de l'ajustement structurel en Côte-d'Ivoire*, Les dimensions sociales de l'ajustement en Afrique subsaharienne, analyse socio-économique, document de travail n° 2, Banque Mondiale, Washington D.C.
- LOCOH (T.), 1984 – *Fécondité et famille en Afrique de l'Ouest. Le Togo méridional contemporain*. Travaux et documents, cahiers n°107, INED, PUF, Paris.
- PAPIERNIK (E.), 1988 – La réduction de la mortalité maternelle. Analyse historique, in *Séminaire sur la réduction de la mortalité maternelle dans les pays en développement*, CIE, Paris, 39-68.
- POPULATION REFERENCE BUREAU, 1991 – *World Population Data Sheet*, Washington D.C.
- QUESNEL (A.), VIMARD (P.), 1988 – *Dynamique de population en économie de plantation, le plateau de Dayes (sud-ouest du Togo)*, ORSTOM, Etudes et thèses, Paris.
- RETEL LAURENTIN (A.), 1979 – *Causes de l'infécondité dans la Volta Noire*. Travaux et documents de l'INED, Cahier n°87, Paris, INED, PUF.
- UNITED NATIONS, 1988 – *Levels and trends of mortality since 1950*, New York;

- VIDAL (L.), 1992 – Itinéraire thérapeutique et connaissance de la maladie chez des patients séropositifs pour le VIH (Abidjan, Côte-d'Ivoire). *Cahiers Santé d'Etudes et de Recherches Francophones*, Vol. 2, n°5, septembre-octobre 1992 : 312-321.
- VIMARD (P.), 1984 – Tendances et facteurs de la mortalité dans l'enfance sur le plateau de Dayes (sud-ouest Togo), *Cahiers ORSTOM, série Sciences Humaines*, Vol XX, n°2, 1984 : 185-206.
- VIMARD (P.), et GUILLAUME (A.), 1991 – *Mobilités familiale et spatiale des enfants en Côte-d'Ivoire*, in "Migration, changements sociaux et développement". 111èmes Journées démographiques de l'ORSTOM. Collection Colloques et Séminaires, ORSTOM, Paris, 1991 : 243-260.
- YAPO (E.), 1992 – *Morbidité*. in "Mortalité et morbidité". Communication présentée au séminaire national sur "Perspectives démographiques de la Côte-d'Ivoire 1988-2008". Institut National de la Statistique, Direction Générale du Plan. Abidjan 18-20 novembre 1992. Thème 3 : 18-33.





# POPULATIONS DU SUD ET SANTÉ

PARCOURS ET HORIZONS

**ORSTOM**  
Editions

# TABLE DES MATIÈRES

***	Sommaire.....	3
J. Némó	Préface.....	5
***	Présentation.....	9

## PREMIÈRE PARTIE PIERRE CANTRELLE, L'HOMME ET LE CHERCHEUR

F. Gendreau, P. Livenais J. Vaugelade	Itinéraire Scientifique de Pierre Cantrelle.....	13
H. Domenach	L'"homo démographicus cantrellus" - Clin d'oeil scientifique à visage humain.....	21
F. Gubry	La nouvelle vie des anciens livres de démographie africaine.....	27
***	Bibliographie de Pierre Cantrelle.....	37

## DEUXIÈME PARTIE L'OBSERVATION, DOMAINE D'INNOVATION

M. Garenne	La morbidité et les causes de décès -	57
------------	---------------------------------------	----

C. Z. Guilmoto	Trente ans plus tard le long du fleuve Sénégal. L'enquête de la MISSES à	73
----------------	---	----

l'épreuve du temps.....

**TROISIÈME PARTIE**  
**COMPLEXITÉ DES SITUATIONS, DIVERSITÉ DES ANALYSES**

P. Gazin	La mortalité infanto-juvénile et ses causes dans deux communautés rurales de l'ouest du Burkina Faso.....	135
A. Briend	Allaitement au sein, état nutritionnel, espacement des naissances et survie de l'enfant au Bangladesh.....	145
P. Gubry	Contribution à l'histoire de la mortalité au Cameroun (1890-1914) - L'apport de Kuczinsky.....	157
A. Franqueville	La mortalité infantile en Bolivie - Les raisons d'un retard à la baisse.....	169
B. Delpech	Malnutrition infantile chez les Noirs Marrons de Guyane et de Surinam.....	183
A. Guillaume, N. G. Koffi, P. Vimard	Santé de la mère et de l'enfant en Côte-d'Ivoire.....	201
J. Caldwell and P. Caldwell	The beginning of fertility decline in Sub-Saharan Africa.....	233
A. Froment	Biométrie contre génétique, ou comment aborder la variabilité biologique chez l'homme.....	245

**QUATRIÈME PARTIE**  
**POLITIQUES DE POPULATION ET RECHERCHE DÉMOGRAPHIQUE**

D. Benoit	La planification familiale en Indonésie : des succès mais aussi des questions... et des problèmes en devenir.....	269
A. Bahri	Politiques de population en Afrique.....	287