

MORTALITÉ ET MORBIDITÉ INFANTILE ET JUVÉNILE EN RÉPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO

Pierre DUBOZ

Démographe de l'O.R.S.T.O.M., centre de Brazzaville B.P. 181 (Congo)

RÉSUMÉ

L'auteur présente les résultats de cinq études démographiques et médicales sur la morbidité et la mortalité dans l'enfance au Congo. Ces résultats, provenant des zones différentes et couvrant des périodes distinctes, sont d'autant plus utiles qu'ils concernent un pays où les données sont peu nombreuses et récentes. L'analyse de ces résultats permet de mettre en valeur le niveau relativement peu élevé, pour un pays africain, de la mortalité infantile et juvénile et la place importante des maladies infectieuses et respiratoires dans la morbidité et les causes de décès des jeunes enfants.

MOTS-CLÉS : Congo — Mortalité — Mortalité dans l'enfance — Morbidité — Cause de décès.

ABSTRACT

THE INFANT AND CHILD MORTALITY AND MORBIDITY IN THE PEOPLE'S REPUBLIC OF THE CONGO

The author gives the results of five demographic and medical studies concerning the child morbidity and mortality in Congo. These results which come from different areas and cover different periods are all the more useful as they apply to a country where data are few and recent. The analysis of these results allows to emphasize the rather low infant and child mortality rate observed in an African country and the importance of the infectious and respiratory diseases in the morbidity and the causes of death observed in the infants.

KEY WORDS : Congo — Mortality — Child mortality — Morbidity — Cause of death.

RESUMEN

LA MORTALIDAD Y LA MORBILIDAD INFANTIL Y JUVENIL
EN LA REPÚBLICA POPULAR DE CONGO

El autor suministra los resultados de cinco estudios demográficos y médicos relativos a la morbilidad y a la mortalidad infantil en Congo. Esos resultados que proceden de zonas diferentes y cubren periodos distintos son tanto más útiles cuanto que se refieren a un país donde los datos son poco numerosos y recientes. El análisis de esos resultados permite hacer resaltar la tasa de mortalidad infantil y juvenil que es poco elevada para un país africano y la importancia de las enfermedades infecciosas y respiratorias en la morbilidad y las causas de muerte de los niños.

PALABRAS CLAVES : Congo — Mortalidad — Mortalidad infantil — Morbilidad — Causa de muerte.

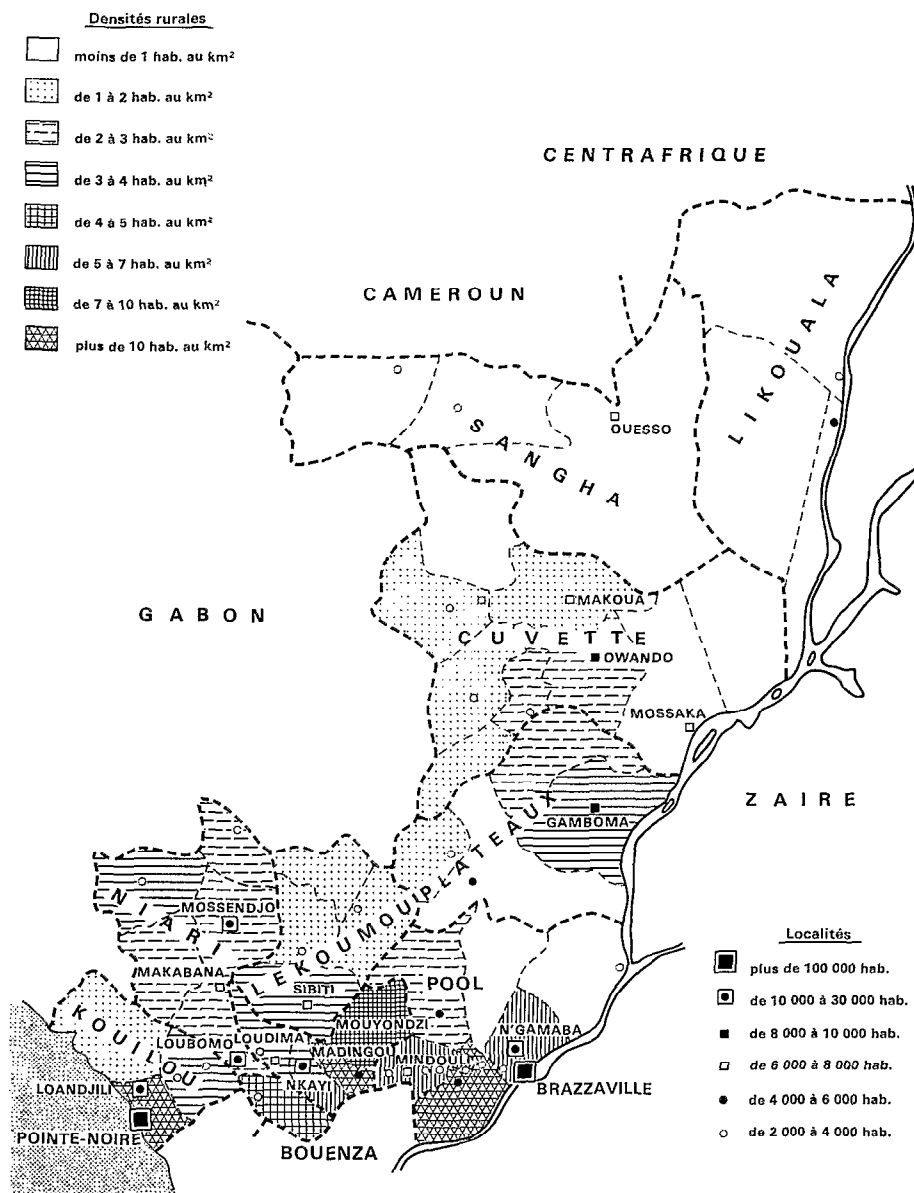
1. Les sources d'information

1.1. ENQUÊTE DANS LA RÉGION DE LA LEKOU MOU

Il s'agit d'une enquête à passages répétés. Le premier passage de cette enquête a été réalisé en 1972 par la Direction Générale de la Statistique en République Populaire du Congo.

Le deuxième passage s'est déroulé en avril 1973. Il a été effectué en collaboration par la Direction Générale de la Statistique et l'O.R.S.T.O.M.

L'objectif principal de cette enquête a été l'enregistrement des événements démographiques survenus depuis le recensement de 1972. Les moyens disponibles n'étant pas suffisamment importants pour



Carte de la répartition de la population

interroger toute la population de la région, il a été convenu de tirer un échantillon se voulant représentatif de toute la région (une grappe sur 10 a été retenue pour composer l'échantillon au cours du second passage).

Les effectifs d'enfants observés ont été de 218 à 0 an et 691 à 1-4 ans.

1.2. MORTALITÉ DANS L'ENFANCE À BRAZZAVILLE

Cette étude a été réalisée à partir des décès des résidents qui se sont produits effectivement au cours

de l'année 1974 et au cours du premier semestre 1975 à Brazzaville et qui ont été enregistrés à l'état civil. Les nombres de naissances enregistrées à l'état civil durant les mêmes périodes étaient respectivement de 16.932 (1974) et de 8.438 (1^{er} semestre 1975).

1.3. MORTALITÉ ET MORBIDITÉ DANS L'ENFANCE DANS LA RÉGION DE KINKALA

Cette enquête réalisée dans la région de Kinkala (à 70 km au sud-ouest de Brazzaville) s'inscrit dans un vaste programme de recherche des relations

hôte-vecteurs-parasite dans le cas du paludisme humain. Ce programme bénéficie de l'appui financier de la Délégation Générale à la Recherche Scientifique et Technique Française.

L'enquête démographique doit se terminer en 1984 et se déroule depuis février 1981. Il s'agit d'une enquête à passages répétés (les passages ont lieu tous les 4 mois).

En 1982 les effectifs d'enfants observés ont été de 152 à 0 an et de 695 à 1-4 ans.

1.4. MORTALITÉ ET MORBIDITÉ DANS L'ENFANCE DANS LA RÉGION DE LINZOLO

L'objectif de cette étude, due au docteur Hervé GUILLO du BODAN, était de préciser les taux et les causes de mortalité et de morbidité observés chez l'enfant de moins de 5 ans vivant en zone rurale d'holoendémicité palustre d'Afrique Équatoriale.

Dans ce but, deux enquêtes ont été réalisées dans la région de Linzolo, village situé à 30 km de Brazzaville :

— une enquête longitudinale portant sur une cohorte de 1.003 enfants nés entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 1976 au centre médico-social de Linzolo. L'enquête effectuée en décembre 1981 a fourni des données exploitables pour 548 naissances vivantes ;

— une enquête retrospective, réalisée à partir des registres de consultation et d'hospitalisation des 5 dernières années du Centre médico-social.

1.5. ENQUÊTE SUR LE SUIVI DES GROSSESSES À BRAZZAVILLE

Cette enquête sur la santé maternelle infantile et juvénile, réalisée par le Centre National de la Statistique et des Études Économiques congolais en collaboration avec l'IFORD (Institut de Formation et de Recherche Démographique, Yaoundé), a commencé en 1980 et se déroule actuellement à Brazzaville.

Cette enquête consiste en un suivi des mères à domicile : après 23 mois d'enquête (février 1980 à janvier 1982) sur 19.275 femmes suivies, 6.658 sorties définitives ont été enregistrées (soit une perte de près de 35 % de l'échantillon).

2. Présentation des résultats

2.1. LES TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE ET JUVÉNIILE

Le tableau 1 présente les taux de mortalité infantile et juvénile calculés dans les différentes enquêtes.

Les différentes études menées en République Populaire du Congo semblent montrer que pour un pays africain, les mortalités infantile et juvénile ne paraissent pas particulièrement élevées.

Il faut noter que dans ces enquêtes le taux de mortalité infantile pour le sexe masculin est plus élevé que pour le sexe féminin. En milieu rural les taux sont supérieurs à ceux observés en milieu urbain ou semi-urbain.

En ce qui concerne la mortalité juvénile, les taux calculés sont proches des taux de mortalité infantile. On observe ici un phénomène caractéristique des populations africaines, la mortalité infantile et la mortalité des enfants de 1-4 ans sont du même ordre de grandeur.

2.2. RÉPARTITION DE LA MORTALITÉ AVANT 1 AN

La précision de l'âge au décès chez les jeunes enfants nés et décédés à Brazzaville au cours de l'année 1974 et au premier semestre 1975 permet de répartir les enfants décédés selon leur âge.

Le tableau 2 donne la répartition des décédés de moins d'un an selon l'âge et le sexe.

Près de la moitié des enfants destinés à mourir au cours de la première année décèdent au cours des 2 premières semaines (voir fig. 1).

La distribution des décès diminue jusqu'à l'âge de 8 mois puis à partir de cet âge augmente. Cette augmentation de la mortalité correspond au début du sevrage et à la disparition des anticorps maternels chez l'enfant, ce qui le rend plus vulnérable aux maladies infectieuses.

En appliquant la méthode de BOURGEOIS-PICHAT il est possible de distinguer la mortalité endogène, due à des tares héréditaires ou à des malformations congénitales de la mortalité exogène liée aux périls extérieurs. Tandis que les décès dus à des causes endogènes suivent d'assez près la naissance, les décès exogènes se produisent tout au long de l'année d'âge considérée (voir fig. 2).

Les décès accumulés sont alignés de 1 mois à 8 mois. Au-delà de cet âge ils s'alignent selon une autre droite dont la pente est plus forte. Ce phénomène traduit l'augmentation de la mortalité citée précédemment.

Si l'on prolonge la droite des décès cumulés au-delà de 1 mois jusqu'à l'axe des ordonnées on obtient le pourcentage de décès endogènes dans la mortalité infantile, soit 48,2 %.

Si l'on compare ces résultats avec les premières informations enregistrées à Brazzaville en 1981 sur le suivi des naissances, on s'aperçoit que les résultats sont semblables.

2.3. MORTALITÉ 1-4 ANS

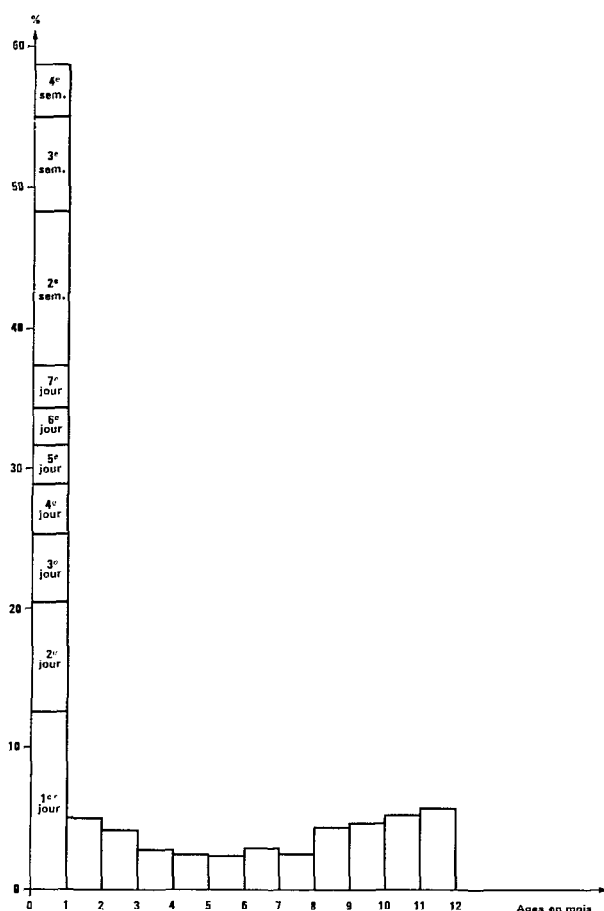
Le tableau 4 et la figure 3 montrent que la période de surmortalité commencée à l'âge de 8 mois se poursuit jusqu'à 24 mois. Au-delà de cet âge la période de sevrage est terminée et l'enfant se défend plus efficacement contre les maladies infectieuses.

TABLEAU 1
Taux de mortalité infantile et quotients de mortalité juvénile (‰)

Sexes	LEKOUMOU 1973			BRAZZAVILLE				KINKALA	LINZOLO	
	Devenir des grossesses du recensement de 1972.	Enquêtes rétrospectives calcul sur les 12 derniers mois précédant l'enquête de 1973.		1974		1975 (1er semestre)		1982	1970	
		1q0	1q0	4q1	1q0	4q1	1q0	4q1	1q0	1q0
Sexe masculin	156,2	131,8	138,6	65,2	66,0	78,4	87,0	-	-	-
Sexe féminin	137,9	112,1	115,5	63,0	68,2	79,9	75,2	-	-	-
Ensemble	145,2	122,9	127,0	64,1	67,1	79,2	81,3	61,7	71,2	43,0
Naissances	62	236	691	16 932	44 624	8 438	48 192	162	548	509
Décès	9	29	24	1 085	785	668	517	10	39	22

TABLEAU 2
Répartition des décédés de moins d'un an selon l'âge et le sexe
(Brazzaville 1974 et 1^{er} semestre 1975)

Ages	EFFECTIFS			POUR 1000		
	Sexe masculin	Sexe féminin	Ensemble	Sexe masculin	Sexe féminin	
0 jour	129	90	219	145	104	125
1 jour	67	74	141	75	85	80
2 jours	44	42	86	50	49	49
3 jours	33	31	64	37	36	37
4 jours	20	22	42	23	25	24
5 jours	22	23	45	25	27	26
6 jours	22	35	57	25	40	32
0 semaine	337	317	654	380	366	373
1 semaine	88	106	194	99	123	111
2 semaines	49	67	116	55	77	66
3 semaines	35	29	64	39	34	37
0 mois	509	519	1028	573	500	587
1 mois	56	32	88	63	37	50
2 mois	33	38	71	37	44	41
3 mois	23	23	46	26	27	26
4 mois	22	20	42	25	23	24
5 mois	22	19	41	25	22	23
6 mois	22	26	48	25	30	28
7 mois	18	25	43	20	29	24
8 mois	41	34	75	46	40	43
9 mois	44	36	80	50	42	46
10 mois	49	43	92	55	48	52
11 mois	49	50	99	55	58	56
TOTAL	888	865	1753	1000	1000	1000



La répartition des décès avant 5 ans (fig. 4 et tabl. 5) montre en effet que la mortalité est très élevée au cours de la première année de la vie et en particulier au cours du premier mois où elle représente plus du tiers de la mortalité totale avant le cinquième anniversaire. Elle diminue jusqu'à l'âge de 8 mois, remonte ensuite pour atteindre un maximum à l'âge de 13 mois, et reste élevée jusqu'à 24 mois. A partir de cet âge le nombre des décédés, qui régresse jusqu'à 5 ans, est peu élevé.

2.4. DÉCÈS INFANTILES SELON LE RANG DE NAISSANCE ET SELON L'ÂGE AU DÉCÈS

La répartition des décès de moins d'un an selon le rang de naissance dans l'enquête sur le suivi des naissances réalisée par le Centre National de la Statistique et des Études Économiques en République Populaire du Congo montre d'une part une surmortalité des enfants de rang 1 et 2 et d'autre part un calendrier différent de la mortalité infantile selon le rang de la naissance (tabl. 6 et fig. 5).

Ne connaissant pas les effectifs des femmes selon

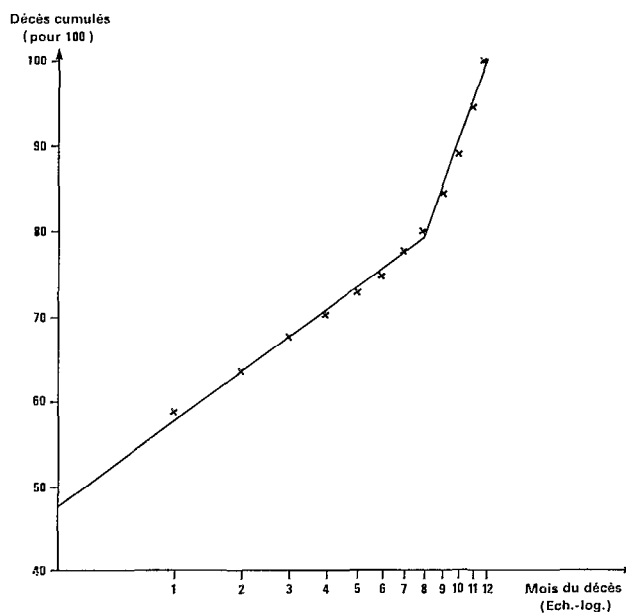


Fig. 2. — Analyse biométrique de la mortalité infantile (période de 18 mois en %) Brazzaville, 1974-1975.

Fig. 1. — Répartition des décédés de moins d'un an selon l'âge (en pourcentage) Brazzaville, 1974-1975.

leur descendance, il n'est pas possible de calculer des taux de mortalité infantile selon le rang. Cependant le nombre total de décès avant 1 an représente plus du tiers du nombre total de décès, ce qui laisse supposer une surmortalité des enfants de rang 1. En effet la proportion de femmes ayant 1 enfant représentait le cinquième de la population des femmes fécondes de 15-49 ans au cours d'une enquête récente réalisée à Brazzaville.

La distribution des décès infantiles varie selon le rang. Pour les enfants primipares le pourcentage des décès au cours du premier mois est plus fort que les multipares, ce qui laisserait supposer un taux de mortalité endogène plus élevé chez les enfants de rang 1.

Le dépouillement des registres de la maternité de Kinkala en 1981 (tabl. 7) a montré que le poids moyen à la naissance des enfants primipares était très significativement inférieur à celui des enfants multipares ($E = 3,18$).

On peut supposer que le phénomène est semblable à Brazzaville.

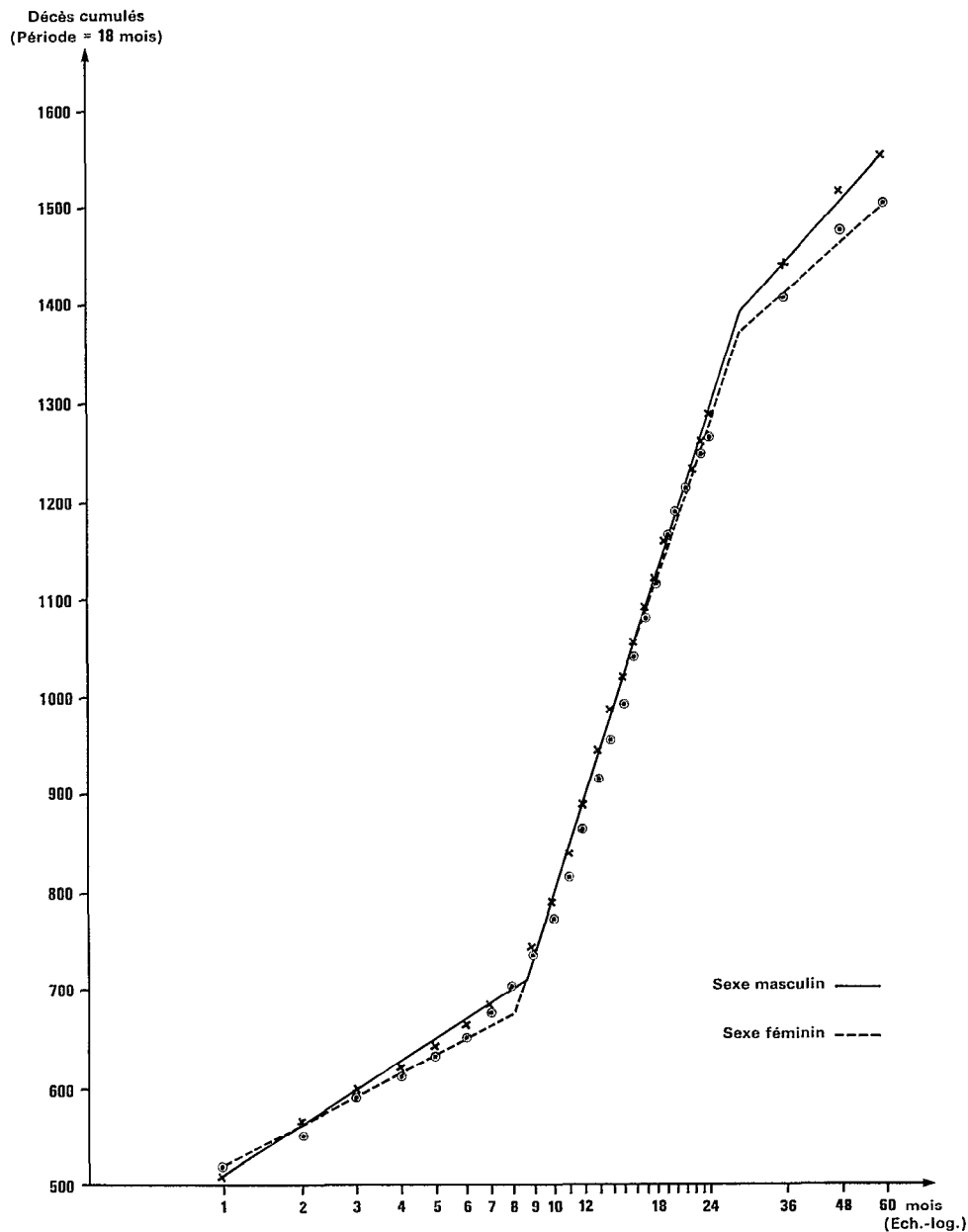


Fig. 3. — Décès cumulés avant 5 ans. Brazzaville 1974-1975.

La mortalité infantile serait plus élevée chez les enfants de rang 1 du fait du premier accouchement souvent délicat, mais aussi et surtout du fait du poids moyen de l'enfant.

2.5. CAUSES DE MORTALITÉ DANS L'ENFANCE

Le tableau 8 donne la répartition des décédés avant et après un mois selon la cause de décès.

Avant un mois les décès sont principalement dus à des causes liées à la grossesse, l'accouchement ou à des anomalies à la naissance.

Après un mois c'est la rougeole qui apparaît comme la première cause de mortalité. Les principales autres causes de la mortalité dans l'enfance sont : les maladies d'origine intestinale (diarrhées, constipation, maux de ventre), les maladies de

TABLEAU 3
Décès infantiles selon l'âge

AGE AU DECES	BRAZZAVILLE Etat civil 1974-75		BRAZZAVILLE Suivi des naissances 1981	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
1ère semaine	654	37,4	347	39,5
2ème-4ème semaine	374	21,3	134	15,3
1er mois	1 028	58,7	481	54,8
2ème-4ème mois	205	11,7	100	11,4
5ème-8ème mois	174	9,9	105	12,0
9ème mois et +	346	19,7	179	20,4
ND			12	1,4
Total	1 753	100,0	877	100,0

TABLEAU 4
Répartition des décédés de 1-4 ans selon l'âge et le sexe (Brazzaville 1974 et 1^{er} semestre 1975)

Ages	Effectifs			Pour 1000		
	Sexe masculin	Sexe féminin	Ensemble	Sexe masculin	Sexe féminin	Ensemble
12 mois	56	50	106	83	78	81
13 mois	41	39	80	62	61	61
14 mois	36	37	73	54	58	56
15 mois	34	49	83	51	77	61
16 mois	36	41	77	54	64	59
17 mois	29	36	65	44	57	50
18 mois	40	48	88	60	75	68
19 mois	29	22	51	44	35	39
20 mois	27	27	54	41	42	41
21 mois	17	19	36	26	30	28
22 mois	29	14	43	44	22	33
23 mois	28	17	45	42	27	35
1 an	402	399	801	605	626	615
2 ans	151	142	293	227	223	225
3 ans	76	68	144	114	107	111
4 ans	36	28	64	54	44	49
Total	665	637	1 302	1 000	1 000	1 000

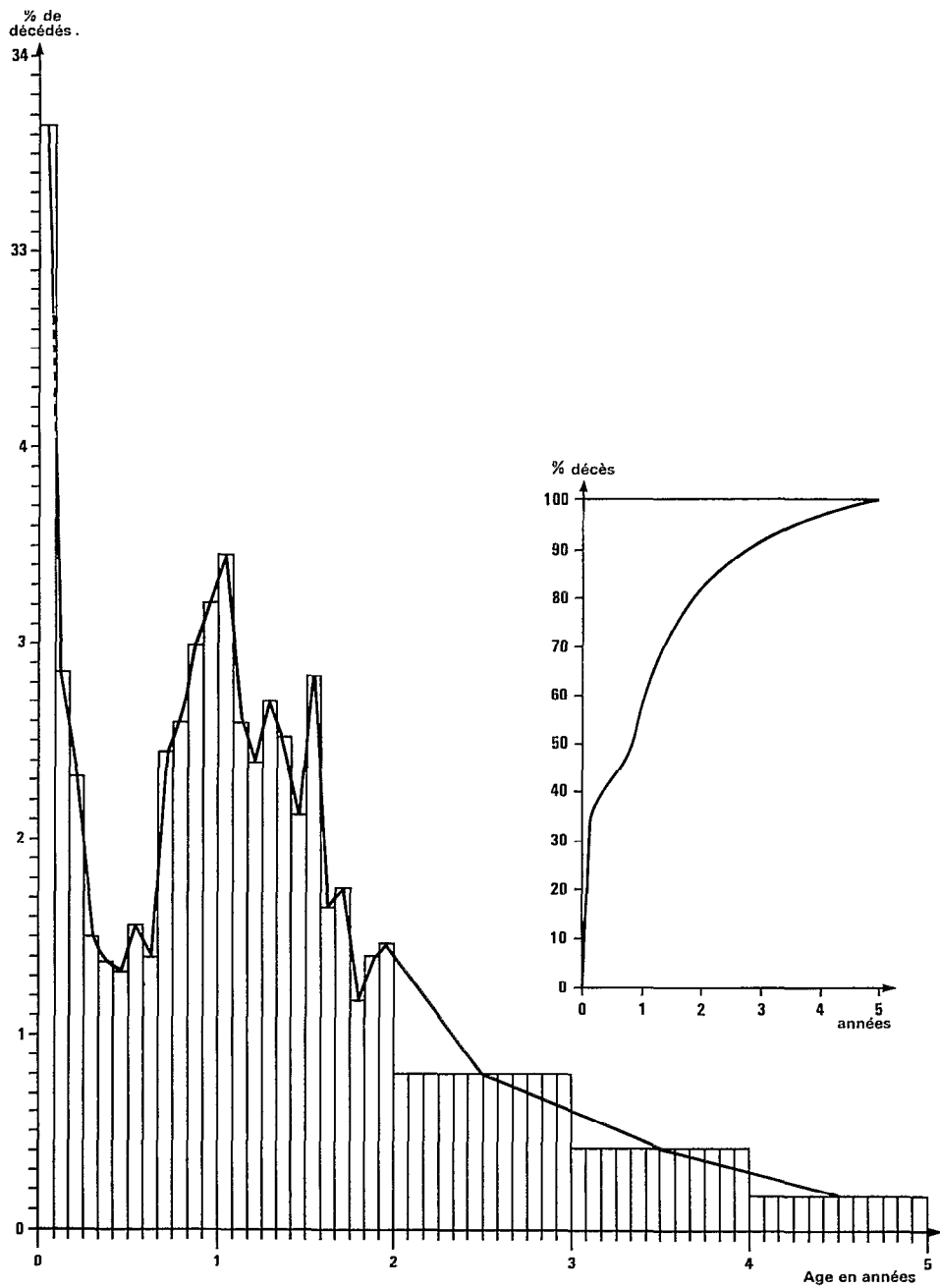


Fig. 4. — Répartition de 100 décédés de 0-4 ans selon l'âge. Brazzaville 1974-1975.

TABLEAU 5
Répartition des décès 1-4 ans à Brazzaville 1974-1975

AGE AU DECES	EFFECTIFS	POUR MILLE
0 an	1 753	574
1 an	801	262
2 ans	293	96
3 ans	144	47
4 ans	64	21
TOTAL	3 055	1 000

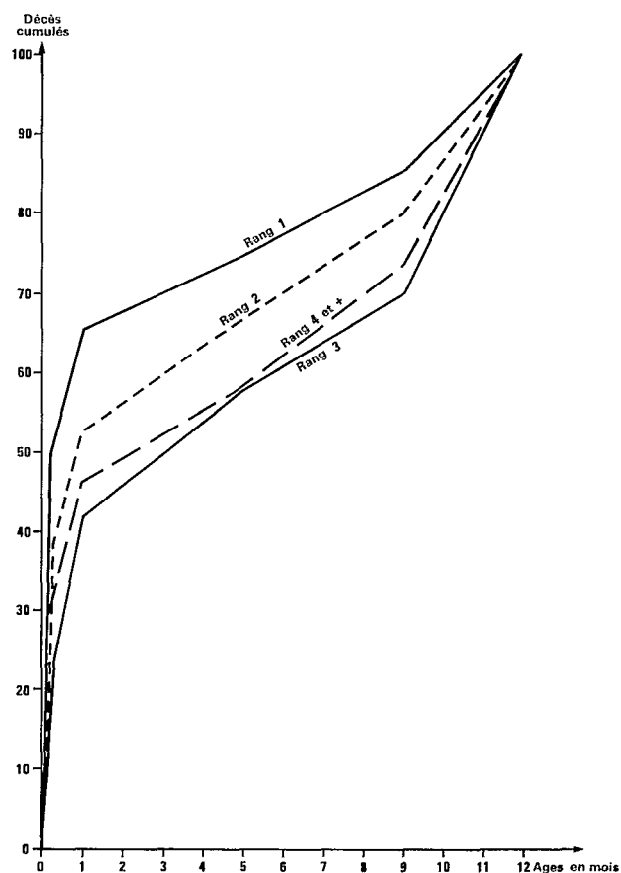


Fig. 5. -- Décès cumulés avant 5 ans (%). →

TABLEAU 6
Décès infantiles selon l'âge et le rang de naissance

AGE AU DECES	RANG DE NAISSANCE										TOTAL	
	1		2		3		4 et +		ND			
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
1ère semaine	149	50,1	59	37,4	16	121,3	82	29,3	41	74,5	347	40,1
2ème et 4ème semaine	45	15,2	24	15,2	15	20,0	47	16,7	3	5,5	134	15,5
1er mois	194	65,3	83	52,6	31	41,3	129	46,1	44	80,0	481	55,6
2ème et 4ème mois	28	9,4	22	13,9	12	16,0	34	12,1	4	7,3	100	11,6
5ème et 8ème mois	31	10,4	21	13,3	9	12,0	43	15,4	1	7,8	105	12,1
9ème mois et +	44	14,9	32	20,2	23	30,7	74	26,4	6	10,9	179	20,7
ND	5				1		6				12	
TOTAL	302	100	158	100	76	100	286	100	55	100	877	100

Source : Enquête sur le suivi des naissances - INSEE.

TABLEAU 7

Poids des enfants à la naissance selon le rang (Kinkala 1981)

RANG	EFFECTIF	Poids moyen à la naissance (en kilogrammes)
1	37	2,580 ± 0,630
2	33	2,780 ± 0,580
3	26	2,720 ± 0,540
4	17	2,830 ± 0,350
5	32	2,870 ± 0,550
6	21	2,820 ± 0,460
7	22	2,830 ± 0,410
8	13	2,880 ± 0,410
9 et +	13	2,860 ± 0,600

l'appareil respiratoire (bronchite, toux, pneumonie) et les fièvres diverses.

Notons que le paludisme n'est pas une cause importante de la mortalité infantile bien qu'au Congo la transmission soit maximum et permanente. Il est admis que les enfants développent une « prémunition », contre cette maladie ce qui explique la faible part de la mortalité due au paludisme dans cette zone d'holoendémicité.

2.6. MORBIDITÉ 0-4 ANS

Deux enquêtes ont été menées simultanément en 1981, l'une par le Dr Hervé GUILLO du BODAN au dispensaire de Linzolo, l'autre par le Dr Philippe PEELMAN dans le district de Kinkala.

Pour la première étude, il s'agit du dépouillement des registres des consultations tenus au dispensaire pour l'année 1981 ; pour la seconde, ce sont les résultats des consultations hebdomadaires réalisées par le Dr PEELMAN lui-même dans les différents villages de l'enquête au cours de l'année 1981.

Le tableau 9 compare ces résultats avec les statistiques du Ministère de la santé (année 78).

Les affections digestives et respiratoires constituent plus de 50 % des consultations. Les affections digestives sont constituées principalement de diarrhées, de parasitémies d'amibiases et de douleurs abdominales.

La pathologie respiratoire et ORL est également élevée surtout avant 6 mois où elle représente la première cause de morbidité. Elle se manifeste par des toux isolées, des bronchites, des crises d'asthme et des pneumonies pour la pathologie pulmonaire et par des otites, des gripes et des angines pour la pathologie ORL.

La pathologie cutanée se manifeste à tous les âges principalement par des dermatoses (du cuir chevelu en particulier) des plaies, des brûlures et des abcès.

Les principales maladies infectieuses sont la rougeole, la coqueluche, les oreillons, la varicelle et quelques cas isolés de poliomyélite.

La malnutrition et les carences enregistrées lors des consultations ne sont pas de véritables problèmes de santé publique. Il s'agit dans la plupart des cas de troubles mineurs chez les nourrissons par insuffisance de lait maternel ou chez les petits enfants victimes de problèmes familiaux.

2.7. LE PALUDISME

Si un accès fébrile peut laisser supposer un accès palustre, seule la présence du parasite dans le sang du malade peut confirmer le diagnostic. Il paraît donc difficile de mesurer la part du paludisme dans la morbidité infantile à partir des registres de consultations du fait que dans la plupart des cas il n'y a pas eu prélèvement de goutte épaisse.

Les visites réalisées dans le district de Kinkala par un médecin de l'O.R.S.T.O.M. ont permis de mesurer l'incidence de la morbidité palustre chez les jeunes enfants. Il faut noter qu'il s'agit d'accès palustres constatés par le médecin au moment du passage de ce dernier dans les villages. Les accès palustres qui ne sont pas vus par le médecin ne sont donc pas pris en compte ce qui implique que le nombre d'accès palustres recensés au cours de l'enquête est donc directement lié au nombre de visites du médecin (tabl. 10).

L'incidence du paludisme est différente selon qu'il existe ou non une chimioprophylaxie.

La différence de l'indice du paludisme dans les différents villages s'explique par l'existence d'une chimioprophylaxie anti-palustre dans les villages de M'Bamou et Yalavounga. Dans ces villages le nombre d'enfants souffrant d'un accès palustre est 2 à 6 fois moins élevé que dans 2 autres villages (tabl. 11).

On peut déjà signaler que le paludisme se manifeste souvent chez les enfants mais sous forme d'accès fébriles simples permettant à l'enfant de développer une « prémunition » contre cette maladie. Aucun accès pernicieux n'a été observé ni même décrit par les consultants en 8 mois de consultation.

Conclusion

Les différentes études menées en République Populaire du Congo semblent montrer que pour un pays africain les mortalités infantiles et juvénile ne sont pas particulièrement élevées.

Soulignons que le paludisme ne joue pas le rôle qu'on serait tenté de lui attribuer dans cette zone d'holoendémicité.

TABLEAU 8
Causes de décès dans l'enfance

CAUSES DU DECES	BRAZZAVILLE 1981				LINZOLO 1976			
	0 mois		1 mois et +		0 mois		1 mois et +	
	1	2	1	2	1	2	1	2
Prématurés et autres anomalies à la naissance	212	44,1	27	6,8	25	96,1	2	4,9
Rougeole	0	0	108	27,3	0	0	9	22,0
Diarrhée, maux de ventre	36	7,5	91	23,0	0	0	6	14,6
Bronchite, pneumonie	40	8,3	44	11,1	0	0	2	4,9
Grippe, fièvre	34	7,1	39	9,8	0	0	0	0
Drépanocytose, anémie	6	1,2	13	3,3	0	0	4	9,8
Paludisme	7	1,5	11	2,8	0	0	0	0
Méningite, hémorragie	14	2,9	2	0,5	0	0	0	0
Tétanos	4	0,8	0	0	0	0	0	0
Traumatisme	0	0	0	0	0	0	2	4,9
Déshydratation	1	0,2	1	0,3	0	0	0	0
Ictère	1	0,2	0	0	0	0	1	2,4
ND	127	26,2	60	15,1	1	3,9	15	36,5
TOTAL	481	100	396	100	26	100	41	100

1 Nombre de cas

2 pourcentages

TABLEAU 9
Morbidité des enfants de 0-4 ans. Motifs des consultations des enfants de 0-4 ans (en pourcentage)

Motifs des consultations	CONGO 1978	LINZOLO 1981	KINKALA 1981
Affections digestives (Diarrhées, parasitémies ...)	31,2	29,7	22,0
Affections respiratoires et O.R.L.	19,2	23,7	31,4
Paludisme	19,6	10,0	9,6
Affections cutanées	7,8	20,1	13,2
Maladies infectieuses (Rougeole, coqueluche ...)	9,6	6,3	8,1
Anémie, carences, malnutrition	5,0	3,9	3,6
Affections de l'oeil	1,9	1,4	2,0
Divers et non déclarés	5,7	4,9	5,1
TOTAL	100	100	100
Nombre de consultations	168 150	3 432	615

TABLEAU 10
Répartition du paludisme selon les classes d'âge (district de Kinkala)

	0-4 ans	5-14 ans	15 ans et +
Nombre de consultations	615	349	1 384
Nombre de cas fébriles	189	77	72
% de cas fébriles dans les consultations	31 %	22 %	5,2 %
Nombre d'accès palustre	59	35	17
% d'accès palustres dans les consultations	9,6 %	10 %	1,2 %
% d'accès palustres dans les cas fébriles	31,2 %	45,5 %	23,6 %

TABLEAU 11
Incidence du paludisme chez les enfants de 0-4 ans, dans les différents villages

	OUAOUA	M'VOULOUAMBA	M'BAMOU	YALAVOUNGA
Nombre de visites	14	9	34	33
Nombre d'enfants	27	63	39	45
Nombre d'accès simple	5	17	5	9
Nombre d'accès pour 10 consultations	3,6	18,9	1,5	2,7
% d'enfants atteints sur 10 consultations	13,3 %	30,0 %	3,8 %	6,0 %

Les principales causes de décès sont liées à la grossesse et à l'accouchement avant un mois et aux maladies infectieuses en particulier la rougeole au-delà de cet âge.

En ce qui concerne la morbidité, ce sont principalement les affections respiratoires et les gastro-entérites qui sont à l'origine des maladies dans l'enfance. Les problèmes dermatologiques et les maladies infectieuses sont également très importants.

La situation sanitaire pourrait nettement s'améliorer grâce à :

— une meilleure surveillance de la grossesse et de l'accouchement ;

— une généralisation d'une stratégie de lutte contre les maladies diarrhéiques (en particulier : approvisionnement en eau saine, construction de latrines et de trous à ordures) ;

— une couverture des vaccinations la plus complète possible et en particulier contre la rougeole.

Manuscrit reçu au Service des Éditions de l'O.R.S.T.O.M.
le 15 juillet 1984

BIBLIOGRAPHIE

- BOURGEOIS-PICHAU (J.), 1946. — De la mesure de la mortalité infantile. *Population* n° 1 : 53-68.
- CENTRE NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES, 1975. — Recensement général de la population (1974). Commune de Brazzaville. Résultats définitifs 1^{re} publication.
- DUBOZ (P.), 1975. — Aspects démographiques de la région de la Lekoumou (République Populaire du Congo). *Cah. O.R.S.T.O.M., sér. Sci. Hum.*, vol. XII, n° 4, 1976 : 287-316.
- DUBOZ (P.), HERRY (C.), 1976. — Étude sur l'enregistrement des naissances et des décès à Brazzaville (1974-1975). *Cah. O.R.S.T.O.M., sér. Sci. Hum.*, vol. XIII, n° 3 : 293-295.
- DUBOZ (P.), 1979. — Étude démographique de la ville de Brazzaville 1974-1977, O.R.S.T.O.M., Bangui, *multigr.*
- DUBOZ (P.), MOLEZ (J.-F.), MOUSSOKI (J.), PEELMAN (P.), 1981. — Paludisme et démographie, O.R.S.T.O.M., Brazzaville, *multigr.*
- DUBOZ (P.), 1982. — L'enquête de Kinkala : quelques caractéristiques de la population après 1 an d'observation, O.R.S.T.O.M., Brazzaville, *multigr.*
- GUILLOT DU BODAN (H.), 1982. — Contribution à l'étude de la morbidité et de la mortalité chez l'enfant de moins de 5 ans en milieu tropical. A propos d'une étude effectuée dans un secteur rural de la région de Brazzaville. Thèse pour le doctorat en médecine présentée et soutenue le 18 juin 1982. Université de Paris-Sud, faculté de médecine de Paris-Sud.
- MISSION D'URBANISME ET D'HABITAT AU CONGO, 1978. — Croissance spatiale de Brazzaville, *multigr.*
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1978. — Répartition de la morbidité par causes détaillées chez les enfants de moins de 5 ans, d'après les motifs de consultations dans les formations sanitaires en République Populaire du Congo.
- MORAUULT (B.), PEELMAN (P.), LALLEMANT (M.), MOLEZ (J.-F.), TRAPE (J.-F.), DUBOZ (P.), CARNEVALE (P.), 1982. — Mortalité et morbidité liées au paludisme dans la région de Kinkala, O.R.S.T.O.M., Brazzaville, *multigr.*