

LA MORTALITÉ INFANTILE FACE OBSCURE DE LA TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE

André QUESNEL

Démographe O.R.S.T.O.M., 24, rue Bayard 75008 Paris

RÉSUMÉ

Si la mortalité dans l'enfance dans le Tiers Monde peut être évaluée de manière unitaire en tant que phénomène démographique, il ne saurait en être de même quand il s'agit d'établir la structure de ses déterminations en tant que processus référé à un contexte social particulier comme ceux du Yucatan (Mexique), du Pays Mossi (Haute-Volta) ou du plateau de Dayes (Togo) pris ici en exemple. A partir de là on peut questionner les déterminations généralement établies de son évolution, et rejeter la « transition démographique » comme cadre global de son analyse.

MOTS-CLÉS : Mortalité — Mortalité dans l'enfance — Transition démographique — Sociétés — Haute-Volta — Togo — Mexique.

ABSTRACT

THE INFANT MORTALITY AS AN UNKNOWN ASPECT OF THE DEMOGRAPHIC TRANSITION

Although the child mortality in the Third World can be evaluated as a demographic phenomenon in itself, the same would not hold true concerning the structure of its determinants considered as a process referring to a particular social background such as for instance, the Yucatan (Mexico) the Mossi zone (Upper Volta) or the Dayes plateau (Togo). From now on, one can call into question the generally defined determinants of its evolution and turn down the " demographic transition " as the general framework of its analysis.

KEY WORDS : Mortality — Childhood mortality — Demographic transition — Societies — Upper Volta — Togo — Mexico.

RESUMEN

LA MORTALIDAD INFANTIL COMO EL ASPECTO DESCONOCIDO DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

Mientras que la mortalidad infantil en el Tercer Mundo puede estimarse como un fenómeno demográfico en sí, lo mismo no podría ocurrir cuando se trata de determinar la estructura de sus determinaciones como un proceso relativo a un contexto social particular tal como el Yucatán (México), el país Mossi (Alto Volta) o la meseta de Dayes (Togo). A partir de esos datos, se puede cuestionar las determinaciones generalmente establecidas de su evolución y rechazar la « transición demográfica » como el marco global de su análisis.

PALABRAS CLAVES : Mortalidad — Mortalidad infantil — Transición demográfica — Sociedades — Alto Volta — Togo — México.

1. Position du problème

Le déclin de la mortalité infantile est un fait incontestable dans l'ensemble des pays du Tiers Monde, qui peut être largement attribué au développement des services sanitaires dans ces pays.

Cependant on ne sait à quoi on pourrait attribuer la stabilisation de ce déclin à des niveaux encore élevés, et on se trouve même à douter de l'évaluation de ce déclin.

On est donc forcé de reconnaître que l'on s'est peu intéressé aux facteurs sociaux associés à ce développement des services sanitaires et moins encore aux facteurs qui ne lui étaient pas directement liés. On a surtout négligé de considérer ces facteurs en les prenant dans leur ensemble.

En fait tant que le déclin a été continu et rapide, la préoccupation des démographes et des planificateurs a été essentiellement tournée vers l'évolution et les déterminants de la fécondité. La baisse de la mortalité globale, liée pour sa plus grande partie à celle de la mortalité infantile, a été considérée comme *une donnée* qui plaçait les pays en transition démographique ; ainsi il existe, comme l'indique Van de WALLE cité par TABUTIN (1980), « *Une théorie de la transition, basée plus ou moins directement sur les faits. La théorie tente d'y imposer une logique et une ordonnance dans le temps, d'y trouver des causes économiques et sociales, et d'en déduire une prédiction pour l'avenir du Tiers Monde* ». Si cette théorie est maintenant invalidée sur le plan de son statut comme théorie scientifique (critique qui n'a pas lieu d'être développée ici) il n'en demeure pas moins que l'inventaire des conditions nécessaires et suffisantes à la création d'une situation de transition reste inscrit dans les mêmes analyses économiques rétrospectives de l'Europe (voir GENNÉ, 1982) et donne lieu à construction d'instruments de collecte et d'analyse de variables considérées *a priori* comme déterminantes, et indépendantes.

Dans la plupart de ces modèles, ou schémas d'interprétation on considère que l'environnement sanitaire et l'éducation de la mère sont les deux variables qui induisent à la fois et successivement la baisse de la mortalité infantile et la baisse de la fécondité (CALDWELL, 1979). Cette position déterministe se trouve toutefois nuancée en recourant globalement aux effets de la modernisation (CALDWELL, 1978 ; CHARBIT et LERIDON, 1981). Il semble pourtant que pour l'Europe et *a fortiori* pour les pays du Tiers Monde, les processus qui conduisent

à la baisse respective (et pas forcément successive) de la mortalité et de la fécondité ne puissent être ramenés à un schéma unique (CHAUNU, 1979 ; ARIÈS, 1969, 1971).

Le ralentissement du déclin de la mortalité infantile révèle, s'il en était besoin, la contingence des processus sociaux et démographiques qui sous-tendent la reproduction démographique dans son ensemble. Ces processus ont été occultés par les puissants effets du développement sanitaire sur la morbidité et la mortalité jusqu'au point de considérer le taux de mortalité infantile comme l'indicateur privilégié du niveau de développement économique et sanitaire d'une population (1).

S'il est indéniable qu'il peut être considéré ainsi, il ne s'agit pas non plus de faire de la mortalité infantile une variable directement dépendante du développement économique. Elle est aussi un processus social et en tant que tel ne peut être isolée des autres processus en œuvre dans la population étudiée. Il s'agit, pour le moins, de considérer que l'évolution de son niveau puisse révéler autre chose que le niveau économique atteint.

Pour cette raison, il semble que la théorie de la modernisation ne puisse rien expliquer, bien au contraire, elle risque d'enfermer l'approche et l'analyse des phénomènes démographiques dans un schéma simpliste et global, et que l'incapacité à expliquer le ralentissement actuel du déclin de la mortalité dans le Tiers Monde soit imputable à cet enfermement (2). Il me semble difficile de ne pas envisager la mortalité infantile comme un processus social quand on cherche une explication totalisante : chaque société est en effet mise en situation démographique de manière spécifique, arbitrairement ou non, par des processus sociaux externes ou internes, mais toujours à partir de l'ensemble des rapports sociaux qui s'y donnent entre les individus et les différents groupes sociaux. Il convient donc de prendre en compte l'expression, les effets, et les implications de ces processus au niveau de tous les groupes sociaux en cause.

En outre on doit tenir compte des conditions démographiques auxquelles est directement soumise la reproduction de ces processus : les structures démographiques et leur influence résultante sur l'ensemble des structures sociales se redéfinissent au jeu de l'évolution de la mortalité et de la fécondité.

Aussi comme le dit TABUTIN (1980) : « *il nous semble peu efficace sinon aberrant de parler globalement de*

(1) Il s'agit bien entendu de l'époque actuelle. On sait que la mortalité infantile a peu évolué en Europe au cours du XIX^e siècle contrairement à la mortalité aux âges adultes. La mortalité infantile ayant commencé à baisser au début du XX^e siècle.

(2) Les communications faites lors de la session F.10 au Congrès de Manille 1982, paraissent recourir à des schémas explicatifs différents mais qui, à bien y regarder, ne font que mettre en valeur certains avatars de la modernisation.

transition démographique dans les pays en voie de développement à quoi on pourrait ajouter qu'il semble difficile d'envisager les déterminants de l'évolution d'une des composantes de la transition prise isolément, comme nous allons le voir.

Je me propose ici d'examiner certaines formes d'expression de la baisse de la mortalité infantile à différents niveaux structurels des sociétés rurales de Haute-Volta, du Togo et du Mexique, et d'articuler cet examen autour de trois problèmes :

— le taux de mortalité infantile est-il un indice synthétique du niveau de développement sanitaire et économique d'un pays, et/ou du niveau d'intégration d'une société ou d'un groupe social à ce développement ?

— l'insuffisance et les ambiguïtés de l'analyse différentielle de la mortalité infantile à partir de variables considérées comme indépendantes ;

— la mortalité infantile comme schéma directeur dans l'approche des pratiques sociales mises en œuvre par les sociétés aux fins de leur reproduction, et l'évolution de la mortalité infantile comme déterminant des changements dans ces pratiques.

2. Transformations infrastructurales et évolution de la mortalité infantile

Les démographes ne considèrent jamais, ou alors exclusivement de manière exogène, les formes d'introduction et d'évolution des sociétés rurales du Tiers Monde dans les sphères de production et de circulation du capitalisme. La théorie de la modernisation se contente de décrire linéairement les effets de cette mise en situation des sociétés rurales. Le développement des infrastructures scolaires, sanitaires et routières comme retombées principales constitue alors le nouveau paradigme démographique les déterminants et les effets de ce développement seront envisagés séparément et appréhendés à différents niveaux : géographique pour l'accroissement des infrastructures sanitaires, et individuel pour l'accroissement des infrastructures scolaires. Ce passage inconséquent et souvent inconscient d'un niveau d'analyse à l'autre constitue l'un des obstacles principaux à la compréhension des phénomènes démographiques et du sens de leur évolution. Le recours aux termes de la modernisation pour expliquer la baisse comme le ralentissement de la baisse de la mortalité infantile peut conduire à des argumentations très confuses et très différentes selon le niveau d'approche et le terme mis en avant comme responsable du phénomène.

Pour l'Afrique, AZEFOR (1981) souligne principalement les déficiences sanitaires et nutritionnelles. Les constituants de la morbidité persistent, bien qu'à de moindres niveaux. L'effet de l'impact sanitaire

s'estompe et devient négligeable en face des effets de l'éducation : « elle est si importante qu'elle peut faire descendre la mortalité qu'il y ait ou non des facilités médicales dans la zone de résidence » (CALDWELL, 1979).

Pour l'Asie, SIVAMURTHY (1981) prend en compte l'association de plusieurs facteurs pour expliquer le ralentissement survenu en Inde : la malnutrition, le manque d'infrastructures pour le drainage des eaux, et d'infrastructure sanitaire en général. Mais il recourt au niveau d'éducation de la mère pour dire que la baisse peut se poursuivre dans certaines familles. L'approche de MEEGAMA (1981) est plus intéressante puisqu'il essaie d'analyser dans une perspective historique, les effets directs sur la mortalité des transformations de l'organisation de la production au Sri Lanka, et met en lumière la sensibilité du nouvel environnement à d'autres transformations : réformes politiques, politiques en matière d'importations, etc.

Pour l'Amérique Latine, ARRIAGA (1981) mène l'analyse en termes de variables individuelles indépendantes : le déclin de la mortalité infantile comme de la mortalité générale est plus sensible chez les hommes que chez les femmes. On constate qu'il y a une modification dans la structure de morbidité : pour le groupe d'âges 0-4 ans, les maladies respiratoires infectieuses, circulatoires et accidentelles occupent une place moins importante en 1970 qu'en 1960. Les limites de ce type d'analyse sont évidentes elles sont dues à l'ignorance du développement économique différentiel des régions et de la différence des structures de la morbidité qui en résulte d'une région à l'autre. Les causes principales du ralentissement se situant dans cette discrimination et les freins de toute nature posés à l'utilisation des services de santé (BEHM, 1979).

En fait le développement différentiel des infrastructures sanitaires, scolaires et autres est lui-même le reflet des formes différentes de l'intégration des sociétés rurales à la sphère de production et/ou de circulation du capitalisme. Aussi les procès de reproduction des sociétés, procès historiquement constitués, seront-ils soumis à de nouvelles et particulières conditions de domination du capitalisme. C'est donc dans le cadre des transformations des conditions globales de la reproduction de ces sociétés dominées qu'il convient d'envisager l'évolution de la mortalité infantile.

La société mossi de Haute-Volta et la société kabye du Togo subissent la domination du capitalisme de façon globalement différente de la société ewe du plateau de Dayes (Togo) ; les deux premières sont fournisseurs de main-d'œuvre, la dernière est le lieu des cultures de rente. Les retombées, ou plutôt les réalisations infrastructurales routières, scolaires, sanitaires seront inégalement réparties :

directement de par la politique du colonisateur ou de l'état indépendant, et indirectement par la pénétration différentielle des circuits d'échanges traditionnels par l'économie marchande. Aussi le pays mossi et le pays kabye présentent-ils un niveau de mortalité infantile plus élevé que celui des régions de plantation de Côte d'Ivoire et que celui du plateau de Dayes ; dans cette dernière région la population ewe, autochtone, connaît depuis longtemps un bas niveau de mortalité infantile, et une baisse remarquable de celle-ci (VIMARD, 1980) alors que la population kabye, immigrée, présente des niveaux plus proches de ceux des populations de son pays d'origine. Dans ce cas la pénétration différentielle des circuits d'échanges traditionnels peut se poser pour les différents groupes sociaux en terme d'accès, comme on le verra au paragraphe suivant.

Autre exemple de l'impact du développement de l'infrastructure sanitaire : la région du Yucatan au Mexique (MENEDEZ, 1981). Depuis 1930 la mortalité infantile baisse dans toutes les régions du Mexique. Au Yucatan, depuis cette date et jusqu'à l'heure actuelle, son niveau est toujours au-dessous du niveau national, excepté entre 1940 et 1945, et le ralentissement de la baisse y est beaucoup plus sensible que dans l'ensemble du pays. L'économie du Yucatan, est soumise à la production d'une culture commerciale, l'henequen (sisal), contrôlée par l'état fédéral ; de ce fait, l'État du Yucatan se présente paradoxalement d'un côté comme une région pauvre sur le plan économique, avec un taux d'alphabétisation très faible et d'un autre côté comme la région ayant l'infrastructure sanitaire la plus développée du pays. La mise en place de cette infrastructure sanitaire accompagne le contrôle économique et politique que veut exercer l'État fédéral sur l'État du Yucatan. Ainsi peuvent s'expliquer le faible niveau et la baisse de la mortalité infantile dans les cinquante dernières années ; on peut expliquer aussi, ou pour le moins mettre en parallèle les moments où elle se ralentit, avec l'époque des famines (1940-1945) et avec l'époque actuelle de détérioration de la production des biens de subsistance. Mais on fait alors entrer une variable (le niveau nutritionnel) qui joue à la fois de manière externe et interne sur l'évolution de la mortalité infantile, et il est difficile de séparer ces deux niveaux.

Le Yucatan est exemplaire d'une région où certaines actions de développement vont dans le sens de l'accroissement des infrastructures sanitaires, indépendamment de l'infrastructure scolaire qui se maintient à un niveau très bas. Aussi envisager globalement à partir de la variable éducation la baisse de la mortalité infantile, conduit à des erreurs d'interprétation ; s'il apparaît que le niveau d'éducation des mères est déterminant en ce qui concerne aussi bien la mortalité infantile que la descendance

atteinte, on oublie que ce niveau d'éducation n'est pas toujours un indicateur synthétique d'un ensemble de transformations résultant de la mise en situation de dépendance de certaines formations sociales. En fait les structures scolaires, sanitaires ou d'activité éclairent un moment de l'histoire de la reproduction sociale mais en aucune façon elles ne peuvent constituer des catégories qui pourraient être tenues pour des variables indépendantes (QUESNEL, VIMARD, 1981). D'une manière générale on ne dira jamais assez les risques d'une analyse des transformations infrastructurales et de leurs implications sur les processus démographiques, qui serait menée exclusivement à partir des variables individuelles indépendantes. Seule une analyse de la structure de la relation causale entre les différents niveaux structurels pourra appréhender la place occupée par les processus démographiques dans cet ensemble. Les démographes penseront que cette analyse n'est pas de leur ressort. Soit, mais on est en droit d'attendre qu'ils trouvent un intérêt à l'identification des groupes sociaux soumis à des conditions différentes quant à leur reproduction, l'ensemble des conditions et des pratiques de reproduction trouvant leur expression dans l'évolution des phénomènes démographiques.

3. L'approche différentielle de la mortalité infantile

On a vu au paragraphe précédent qu'il s'exerçait une discrimination de la population quant à la distribution spatiale des services de santé. On a signalé également à partir des exemples des populations de Dayes (Togo) et du Yucatan (Mexique) qu'il existait une discrimination sociale quant à l'accès à ces services de santé quand ils existaient. L'étude de la mortalité infantile selon l'accès différentiel aux services de santé requiert de descendre au niveau de chaque catégorie sociale. Pour chacune d'elles l'accès peut être considéré sous trois aspects : matériel, culturel et institutionnel (ou juridique).

On a vu que l'absence des services sanitaires, leur précarité, la faiblesse de leur couverture étaient invoquées le plus souvent comme cause principale du maintien d'une mortalité infantile plus élevée en milieu rural par rapport au milieu urbain, dans les classes sociales pauvres par rapport aux classes sociales plus riches, etc.

Toutefois il peut exister des services de santé dans une région, sans que les différentes catégories sociales les utilisent de la même façon et avec la même intensité. La différence peut être alors à chercher du côté de l'accès culturel aux nouvelles pratiques médicales individuelles qu'implique l'installation d'un dispensaire, par exemple. Dans ce cas, l'accès culturel est beaucoup plus limitant que l'accès matériel.

A Dayes on a pu constater à travers les comportements curatifs des populations autochtones et immi-

grées, que le recours en premier lieu aux agents du dispensaire plutôt qu'aux guérisseurs était légèrement plus fréquent pour les Ewe du village centre que pour les Ewe des fermes résidant à plus d'une heure de marche, en moyenne, mais largement plus fréquent que pour les Kabye: quand l'enfant est malade, 90 % des Ewe l'emmènent d'abord au dispensaire, contre 60 % pour les Kabye. En ce qui concerne le recours à la médecine moderne durant les premiers mois de la vie des enfants, la différence est encore plus marquée: 85 % des Ewey emmènent leurs enfants contre 32 % chez les Kabye (VIMARD, 1980).

La distance physique qui sépare la population des services de santé n'est souvent que de peu d'importance au regard de la distance culturelle.

Au Yucatan, les « ejidatarios » qui ont un très faible revenu et un bas niveau de scolarisation, utilisent beaucoup plus les services de santé que les journaliers qui ont une position socio-économique plus confortable, pour le simple fait qu'ils ont droit gratuitement à ces services (sécurité sociale).

Il est bien entendu que ces trois aspects de l'accès aux services de santé ne peuvent être pris isolément comme variables indépendantes, ils ne sont que le reflet de l'histoire de la mise en place d'un nouveau contexte sanitaire dans une région particulière; ce contexte sanitaire est lui-même lié aux transformations survenues dans l'organisation de la production, et aux changements de position des différentes populations dans cette organisation.

Que l'accès physique, culturel, institutionnel se réalise sous une forme ou une autre, il se développe alors des pratiques curatives et sanitaires nouvelles.

L'infrastructure sanitaire moderne, créée à partir de la pénétration toujours plus profonde du capitalisme, intervient directement sur l'ensemble des pratiques médicales en vigueur dans les sociétés concernées et il existe un moment où elle intervient sur la qualité et la quantité des soins apportés à l'enfant. Les mères se trouvent alors en face du développement de pratiques nouvelles; par là s'initie une forme nouvelle de socialisation de l'enfant, pour le moins son identification comme personne s'en trouve modifiée.

Bien souvent parallèlement à l'infrastructure sanitaire se développe l'infrastructure scolaire, qui insinue plus profondément encore, auprès des femmes de nouvelles pratiques sociales et sanitaires. A travers les nouveaux soins et l'attention nouvelle portée à l'enfant, c'est non seulement la place de l'enfant dans la société qui risque de s'en trouver changée, mais aussi la position de la femme dans le

procès de reproduction démographique. Mais en général c'est dans l'ensemble du procès de reproduction sociale que la femme change de place: l'amélioration de l'environnement sanitaire et scolaire ne fait qu'accompagner la transformation intervenue dans l'organisation de la production de la société; transformation différente et plus ou moins profonde selon que la société en cause se trouve directement, ou non, placée dans la sphère de production capitaliste.

En Haute-Volta, le pays Mossi s'y inscrit par l'envoi de migrants à l'étranger; là, au pays Mossi, on assiste à l'incorporation des plus jeunes enfants à la population active, et à la prise en charge par les femmes de certaines tâches spécifiquement masculines, cela pour suppléer le déficit de la force de travail masculine (BOUTILLIER et al., 1977). Mais cette transformation s'effectue sans qu'en soit affectée pour le moment la structure des pouvoirs, pas même par l'injection de la monnaie rapportée par les migrants (ANCEY, 1975). L'infrastructure sanitaire mise en place par l'état, généralement peu développée, ne bénéficiant pas d'un suivi suffisant, et ne permettant qu'une couverture très réduite de la population, n'aura donc qu'un effet externe qui sera probablement suffisamment fort pour faire descendre la mortalité infantile des sommets où elle se trouvait jusqu'à un certain niveau (1), au-dessous duquel il ne sera possible de descendre qu'avec une modification radicale des pratiques sanitaires et médicales et bien entendu qu'avec les moyens permettant l'efficacité de ces nouvelles pratiques.

A Dayes, le recentrage de l'organisation de la production des cultures commerciales d'abord, et des cultures de subsistance ensuite, sur le groupe domestique au détriment du lignage amène en un temps très court une redistribution complète des rôles et des positions dans cette organisation (QUESNEL, 1981). Il en découle en tout premier lieu une transformation des rapports homme-femme à tous les registres de la société, qui se manifeste plus particulièrement par une forte instabilité matrimoniale (VIMARD, 1980) et par le développement de pratiques sociales ouvertes sur l'extérieur comme la scolarisation à tout prix des enfants. Ces pratiques sociales par rapport à l'enfant découlent donc de la nouvelle place qui lui est désormais assignée ainsi qu'à la femme dans le procès de reproduction sociale. Ces pratiques s'expriment plus particulièrement dans la relation aux institutions scolaires et sanitaires. Celle-ci est plus ou moins lâche selon la position du chef du groupe domestique dans la structure de production (2), et donc selon les conditions de la

(1) Voir le texte de P. LIVEAIS dans ce n° des Cahiers O.R.S.T.O.M., série Sciences Humaines.

(2) A Dayes elle se confond en grande partie avec l'appartenance ethnique.

production. On a vu que les Ewe et les Kabye avaient un accès différentiel aux services de santé, il en est de même de la scolarisation. L'évasion des enfants des planteurs autochtones en direction de l'école conduit d'une part à exiger un travail accru des femmes et des petites filles dans la structure de production du groupe domestique, et d'autre part à recourir de plus en plus à la main-d'œuvre immigrée. Il s'ensuit une accentuation de la différenciation de l'accès à l'école : sexuelle dans la population autochtone, socio-ethnique entre la population autochtone et allochtone (QUESNEL et VIMARD, 1981).

Ces différents exemples montrent l'intérêt de mesurer l'impact sanitaire au niveau des différentes catégories sociales qui composent une population. Il se différencie selon celles-ci comme expression des pratiques sociales développées par chacune d'elles. Aussi ne peut-on se contenter d'analyser les effets globaux de l'implantation d'une infrastructure sanitaire sur la mortalité et la morbidité, si on veut véritablement appréhender l'ensemble des effets de cette implantation, effets qui sont médiatisés par la transformation des pratiques thérapeutiques, nutritionnelles, et éducationnelles.

4. L'approche de la mortalité infantile comme procès de reproduction sociale

Lors des paragraphes précédents la mortalité infantile et plus précisément la baisse de celle-ci, n'ont été envisagées que comme produit de l'implantation et du développement des infrastructures sanitaires, scolaires et économiques : c'est donc placer une fois de plus les phénomènes démographiques dans une structure de déterminations univoques. Or il apparaît de première importance d'appréhender les transformations structurelles qu'impriment les changements démographiques, ceux-ci induisant de nouveaux procès de reproduction sociale (QUESNEL, 1981).

Au Yucatan la baisse rapide de la mortalité, infantile et générale, a transformé radicalement l'organisation familiale en élargissant l'espace familial (défini par les ascendants, les collatéraux et les descendants encore vivants de tout individu) et en en modifiant la structure : l'allongement de la durée de vie du père, la survie jusqu'à l'âge adulte d'un plus grand nombre de frères transformant la trajectoire de chaque individu dans la structure des positions familiales et donc dans la structure des pouvoirs qui est inhérente à cette dernière ; l'accès à la terre est retardé, l'âge à la fondation de sa propre cellule de reproduction également, etc. Il en résulte de nouvelles pratiques qui resurgissent à tous les registres de la société (LERNER et QUESNEL, 1982).

En Afrique cette transformation de la structure des position sociales sous l'impulsion de la baisse de la

mortalité est plus flagrante encore étant donné que ces positions sont strictement définies par des classes d'âges. Le passage d'une classe à une autre se trouve affecté, l'âge au passage augmente. Du changement intervenu dans les conditions démographiques nécessaires et compatibles à la reproduction sociale stricto sensu, il découle un certain nombre de dysfonctionnements débouchant sur de nouvelles pratiques qui peuvent conduire à la disparition de la structuration sociale en classes d'âges. Jusqu'à présent peu de démographes se sont penchés sur l'effet de la baisse de la mortalité infantile et générale sur la structure sociale (ЛОСОН, 1977), alors que cette voie d'analyse a été ouverte il y a plus de vingt ans par FOURASTIÉ (1959).

L'attention des démographes a surtout porté sur les interférences des phénomènes démographiques entre eux : l'appréhension et la mesure de l'interférence de la mortalité avec les autres phénomènes démographiques sont toujours effectuées dans un seul sens : la mortalité n'est jamais perturbée par les autres phénomènes c'est un phénomène pur du point de vue de l'analyse démographique. L'erreur est d'avoir amalgamé la réalité concrète du phénomène mortalité avec sa propriété analytique.

Ainsi, le plus souvent, on s'interrogera sur les effets de l'évolution de la mortalité infantile sur la fécondité (PRESTON, 1978) ; plus rarement sur ce qu'implique la taille des familles sur la mortalité infantile (RETEL-LAURENTIN, BENOIT, 1976) mais chaque fois le sexe et le rang de l'enfant décédé seront pris en compte sans qu'on sache bien ce que signifie la mortalité des enfants de ce sexe et de ce rang, c'est-à-dire sans que l'on sache si la mortalité infantile n'est pas due en partie au statut de l'enfant dans la société considérée et donc qu'en partie la baisse puisse être imputable à une modification de ce statut et des pratiques qui lui correspondent.

Dans la France du XVII^e siècle l'enfant est présenté comme une gêne (BADINTER, 1980) : pour se débarrasser de l'enfant il existe une gamme de solutions « de l'infanticide à l'indifférence ». Il est certain que l'évolution des fonctions et des pratiques parentales dans les pays industrialisés est lourde de conséquences démographiques (ROUSSEL, 1981). Il est donc possible qu'une plus grande attention accordée à l'enfant, jointe au développement de la médecine, puisse entraîner, à la suite de la baisse de la mortalité infantile, la nécessité de réduire la fécondité. Toutefois il convient de ne pas oublier que les effets de cette baisse se trouvent médiatisés biologiquement (CANTRELLE et al., 1975) et socialement. Aussi la théorie du remplacement des enfants dans un contexte de haute mortalité infantile, prolongement ou avatar de la transition démographique, doit être tout comme cette dernière, considérée avec précaution, et pour le moins non généralisée hâtivement. Le défaut de ces

« théories » est qu'elles supposent explicitement l'effort des parents, ou des tenants du contrôle de la reproduction démographique, toujours orienté dans un seul sens : celui de la réduction de la mortalité infantile. Or il peut exister quel que soit le contexte de la mortalité, un désir ou nécessité plus ou moins fort de se reproduire, et la mortalité infantile peut alors intervenir comme un moyen, conscient ou non, de limiter la taille des familles (SCRIMSHAW, 1980).

Il n'est pas besoin de recourir aux sociétés où l'infanticide a été largement pratiqué pour accepter cette possibilité ; la mortalité infantile peut être d'une certaine façon le résultat du niveau de fécondité, et du statut de l'enfant.

En Afrique le statut de l'enfant est relativement bien défini par les classes d'âges qu'il devra traverser dans son existence. La mort d'un enfant sera donc considérée différemment selon l'âge qu'il a atteint ; la mort d'un enfant n'est pas considérée comme la mort d'une personne adulte : « la mort d'un bébé ne constitue pas une grave perturbation sociale, car aux premiers temps de sa vie il n'appartient pas encore vraiment à la communauté, ni par son statut de personne encore marginale, ni par son utilité dans le travail collectif » (ERNY, 1972, cité par GÉRARD et al., 1979). De même on a constaté dans plusieurs cas en Équateur, Pérou, et Bolivie que les enfants ne sont considérés réellement comme « personne » qu'après avoir survécu la première année, un facteur qui incidemment peut expliquer le sous-enregistrement dans les recensements. D'une manière générale on peut se demander si la mortalité infantile n'a pas été aussi élevée de par son association à une représentation sublimée de la mort des enfants aussi bien dans la société occidentale d'avant la révolution industrielle, que dans beaucoup de sociétés actuelles d'Amérique Latine et d'Afrique.

L'art occidental et l'art funéraire plus particulièrement, révèlent l'idée que l'enfant mort avant un an se transforme en un ange (FROMAGET, 1981 ; SHORTER, 1977) ; SCRIMSHAW (1980), rappelle qu'en Amérique Latine la présence d'un « angelito », un enfant mort en bas âge, dans une famille, est considérée bénéfiquement dans bien des cas. Dans les sociétés africaines on considère que l'enfant mort retourne plus vite « chez lui », dans le monde des ancêtres (THOMAS et LUNEAU, 1977, cités par GÉRARD, 1979).

On aura noté qu'en se plaçant dans cette perspective analytique la mortalité n'est plus considérée comme un produit de transformations exogènes à la société et non plus seulement pour les effets que sa baisse induit sur les structures sociales mais qu'elles

est considérée pour elle-même, c'est-à-dire comme un des procès qui constituent le procès global de reproduction. Dès lors l'analyse différentielle pourra distinguer ce qui appartient au phénomène de ce qui appartient à l'aléatoire : l'aléatoire entraînant la réalisation du phénomène vers des formes différentes en apparence mais qui en réalité contribuent à donner le même sens au phénomène.

5. Finalement on aura remarqué qu'une « certaine connaissance du milieu » a permis une critique du schéma analytique constitué de variables indépendantes explicatives et à expliquer. Cette critique de type culturaliste ne saurait constituer un autre schéma d'analyse. L'exercice est donc totalement futile ? Certainement dès l'instant où l'on peut multiplier les exemples semblables, ou contraire, à ceux exposés. Toutefois il n'avait d'autre but que de rappeler, et le type d'études développées actuellement obligent d'insister, que la mortalité infantile ne se réduit pas à une expression quantitative du développement économique mais constitue bien un processus social dont il convient de repérer les connexions avec le procès global de reproduction sociale. Si certains démographes s'y essaient comme БЕИМ (1979) en signalant que la mortalité ne peut être dissociée du système santé-morbidité-mortalité, il ne peuvent toutefois dépasser l'approche différentielle. Elle est une étape importante de la démarche analytique, en ce qu'elle permet de repérer les groupes sociaux les plus vulnérables devant la mort, et la maladie. Mais il semble qu'elle pourrait trouver une certaine efficacité et un intérêt élargi si elle s'attachait à identifier les pratiques sociales en œuvre au niveau du groupe domestique et au niveau des groupes sociaux et renonçait à s'édifier en un schéma directeur pour une compréhension de la mortalité infantile dans ses multiples déterminations bio-sociales. Aussi paraît-il de première importance de reconsidérer les limitations et les implications analytiques inhérentes à nos outils de collecte et d'analyse et surtout de se débarrasser un fois pour toutes de cadres d'explication comme la transition démographique et la modernisation.

La mortalité infantile considérée tant comme donnée démographique que comme procès social manque d'un cadre théorique pour être interprétée dans son évolution. Les démographes peuvent-ils seuls pallier ce manque ?

Manuscrit reçu au Service des Éditions de l'O.R.S.T.O.M.
le 13 juillet 1984

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ANCEY (G.), 1975. — La monnaie mossi, un pouvoir non libérateur de règlement. In: Les mouvements de population mossi, O.R.S.T.O.M., tome II. Ministère du Travail de Haute-Volta, 1975.
- ARIES (P.), 1969. — *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*. — Seuil, Paris, 1969.
- ARIES (P.), 1971. — *Histoire des populations françaises*. — Seuil, Coll. Point Histoire, Paris, 1971.
- ARRIAGA (E. E.), 1981. — The deceleration of the decline of mortality in LDCs: the case of Latin America. — Congrès International de la Population. UIESP, Manille, décembre 1981.
- AZEFOR (M. N. A.), 1981. — Counteracting forces in the continued decline of mortality in Africa. — Congrès International de la Population. UIESP, Manille, décembre 1981.
- BADINTER (E.), 1980. — *L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel, XVII^e-XX^e siècle*. — Flammarion, Paris, 1980.
- BEHM (H.), 1979. — Socio economic determinants of mortality in Latin America. — Communication au « Séminaire sur les déterminants et les conséquences socio-économiques de la mortalité », OMS, Mexico, 19-25 juin 1979.
- BOUTILIER (J.-L.), QUESNEL (A.), VAUGELADE (J.), 1977. — Systèmes socio-économiques mossi et migrations. *Cah. O.R.S.T.O.M., Sér. Sc. Hum.*, vol. XIV, n° 4, 1977 : 361-381.
- CALDWELL (J.), 1978. — A Theory of fertility : from high plateau to destabilization. — *Population and Development Review*, vol. 4, n° 4, 1978 : 553-578.
- CALDWELL (J.), 1979 a. — Les perspectives de la fécondité et de la mortalité en Afrique. — Congrès de Monrovia : Fécondité et Mortalité en Afrique.
- CALDWELL (J.), 1979 b. — Education as a factor of mortality decline : an examination of Nigerian data. — *Population Studies*, vol. 33, n° 3.
- CANTRELLE (P.), FERRY (B.), MONDOT (J.), 1975. — Relations entre fécondité et mortalité en Afrique tropicale. — Seminar on infant mortality in relation to the level of fertility, 6-12 May 1975, Bangkok (Thaïlande), CIGRED, 1975 : 184-202.
- CHARBIT (Y.), LERIDON (H.), 1981. — Transition démographique et modernisation en Guadeloupe et en Martinique. — *Cahier INED n° 89*, PUF, 1981.
- CHAUNU (P.), 1979. — *Un futur sans avenir*. — Histoire et population, Calman Levy, Paris, 1979.
- ERNY (P.), 1972. — *Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique Noire. Naissance et première enfance*. — Éd. L'école Paris 1972.
- FROMAGET (M.), 1981. — Individuation et idée de mort. Essai d'anthropologie de l'imaginaire. — *Thèse de Doctorat d'état*, Paris V, Sorbonne, 1981.
- FOURASTIE (J.), 1959. — De la vie traditionnelle à la vie tertiaire. — *Population*, 1959, n° 3.
- GENNE (M.), 1981. — La théorie de la transition démographique comme référentiel aux modèles démo-économiques. — *Revue Tiers Monde*, tome XXII, n° 87, juillet-septembre 1981 : 557-572.
- GÉRARD (H.), GROSCLAUDE (A.), SALA-DIAKANDA (M.), 1979. — Aspects socio-culturels de la mortalité des enfants. In: La mortalité des enfants dans le Tiers Monde, Chaire Quetelet, 1979. Ordina Éditions.
- LERNER (S.), QUESNEL (A.), SAAVEDRA (F.), GELLER (L.), 1982. — Analisis de los datos del estudio de la población de la zona henequenera, Yucatan, tome I-II, *multiigr*.
- LOCOH (T.), 1977. — Conséquences de la baisse de la mortalité sur l'évolution des structures familiales africaines. — Communication au XVIII^e Congrès Général de l'UIESP, Mexico, 1977.
- MENENDEZ (E. L.), 1981. — *Poder, estratificación y salud. Analisis de las condiciones sociales y economicas de la enfermedad en Yucatan*. — Ediciones de la Casa Chata, 13, México.
- MEEGAMA (S.), 1981. — The decline in mortality in Sri Lanka. — In: Historical perspective, Congrès International de la Population, UIESP, Manille, décembre 1981.
- PRESTON (S. H.), 1978. — *The effects of infant and child mortality on fertility*. — Academic Press, New York, 1978.
- QUESNEL (A.), VIMARD (P.), 1981. — Structures scolaires et d'activité : expression de reproductions sociales en économie de plantation : Dayes (Togo). — Communication à la Chaire Quetelet : Population et structures sociales, Gembloux, 6-8 mai 1981, *multiigr*.
- QUESNEL (A.), 1981. — Déplacements, changements démographiques et sociaux en économie de plantation. Le cas du plateau de Dayes (Sud-Ouest Togo). — *Thèse de III^e cycle*, IDP/Paris 1, O.R.S.T.O.M., Paris, 1981, *multiigr*.
- RETEL-LAURENTIN (A.), BENOIT (D.), 1976. — Infant mortality and births intervals. — *Population studies*, vol. 30, n° 2, July 1976 : 279-293.

- ROUSSEL (L.), 1981. — L'exercice des fonctions parentales et leurs conséquences démographiques dans les sociétés industrielles. — Congrès International de la population, UIESP, Manille, décembre 1981.
- SCRIMSHAW (S. C.), 1980. — La mortalidad infantil y el compartamiento respecto a la regulación del tamaño de la familia. — *In*: Estudios de población, numero especial, ACEP, Bogota, avril 1980.
- SIVAMURTHY (M.), 1981. — The deceleration of mortality decline in Asian countries. — Congrès International de la Population, UIESP, Manille, décembre 1981.
- SHORTER (E.), 1977. — *Naissance de la famille moderne*. — Seuil, Paris, 1977.
- TABUTIN (D.), 1980. — Problèmes de la transition démographique. — Tome 1. Cabay, Louvain-la-Neuve, 1980.
- THOMAS (L. V.), LUNEAU (R.), 1977. — *Les sages dépossédés. Univers magnifique d'Afrique Noire*. — R. Laffont, Paris, 1977, cités par GÉRARD *et al.*, (1979).
- VIMARD (P.), 1980. — Nuptialité, fécondité et mortalité dans l'enfance en économie de plantation : le cas du plateau de Dayes. *Thèse de III^e cycle*, IDP/Paris 1, O.R.S.T.O.M., 1980, *multi-gr.*