

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE SOCIOLOGIE
15ème séminaire international de recherche sur la famille.
LOME 3 - 10 janvier 1976

FECONDITE ET MORTALITE AVANT L'AGE DE 3 ANS
CHEZ LES KROU DE COTE-D'IVOIRE.

Document de travail

Alfred SCHWARTZ
Sociologue ORSTOM

Décembre 1975.

OFFICE DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE OUTRE MER
CENTRE DE PETIT BASSAM - SCIENCES HUMAINES
B. P. 4293 ABIDJAN - CÔTE-D'IVOIRE

O. R. S. T. O. M.
Collection de Référence

n° 23 ANI. 1976

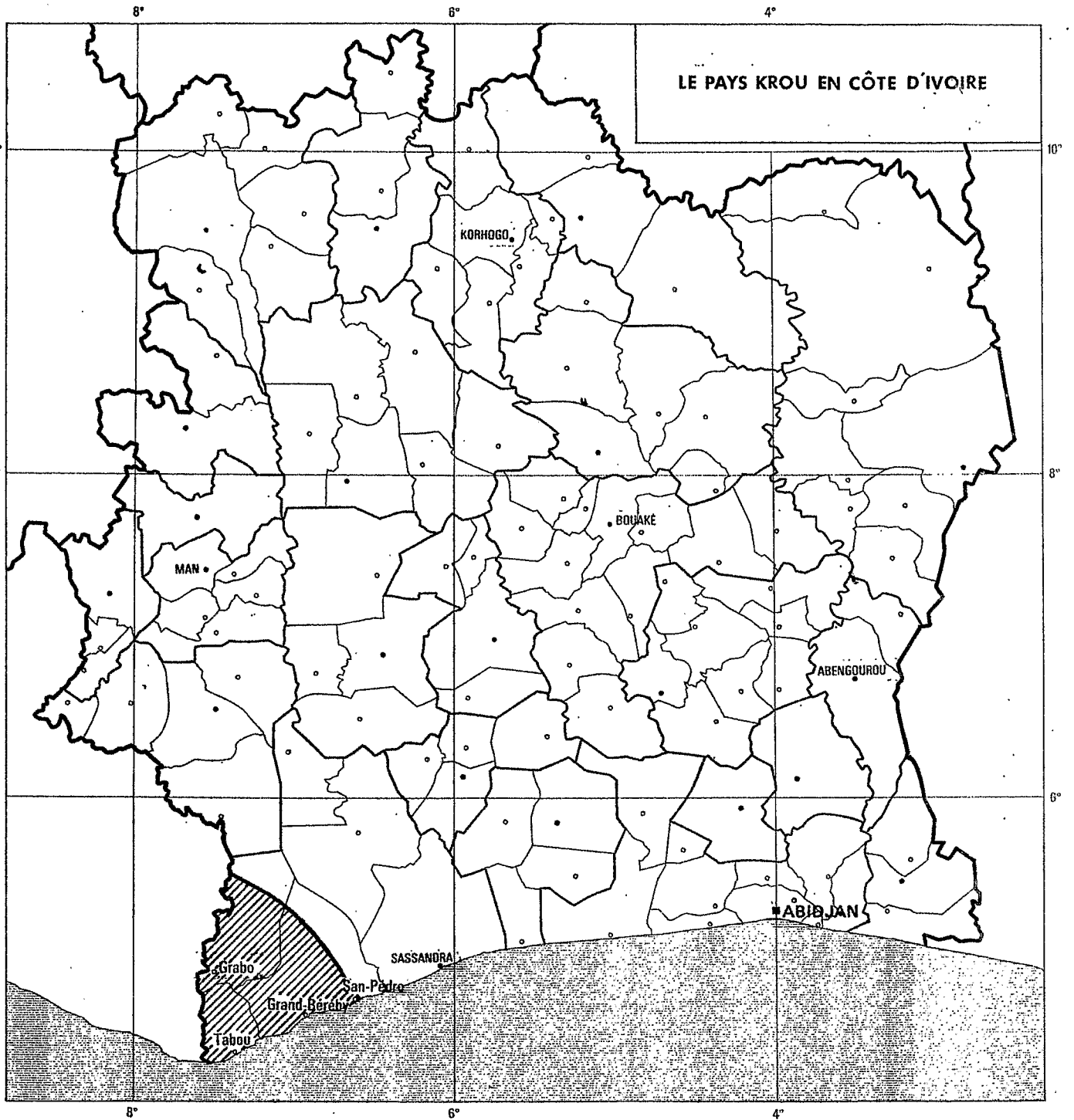
B 8061 Demogr.

S O M M A I R E

	Page
I. FECONDITE	3
1. Fécondité et infécondité	3
2. Fécondité et conception	4
3. Taux brut de natalité	6
4. Taux global de fécondité	6
5. Fécondité par âge	7
6. Fécondité légitime et fécondité illégitime	9
II. MORTALITE AVANT L'AGE DE 3 ANS	11
1. Mortalité foetale et mortinatalité	11
2. Mortalité infantile	11
3. Mortalité de 1 à 3 ans	14
III. FECONDITE, MORTALITE AVANT L'AGE DE 3 ANS ET PRATIQUE SOCIALE	16
1. Fécondité, abstinence sexuelle post-natale et sevrage	16
2. Pratique du sevrage et mortalité	17
3. Statut matrimonial de la mère, sevrage et mortalité	17

T A B L E A U X

	Page
Tableau 1. FECONDITE ET CONCEPTION.	4
Tableau 2. GROSSESSES SELON L'AGE ACTUEL DES FEMMES	5
Tableau 3. NAISSANCES VIVANTES SELON L'AGE ACTUEL DES FEMMES	5
Tableau 4. TAUX DE FECONDITE PAR AGE	7
Tableau 5. Age de la mère à la conception	8
Tableau 6. FECONDITE LEGITIME ET FECONDITE ILLEGITIME	9
Tableau 7. MORTALITE INFANTILE. Tableau d'ensemble	12
Tableau 8. MORTALITE INFANTILE. Tableau de détail	13
Tableau 9. MORTALITE de 1 à 3 ans	14
Tableau 10. MORTALITE AVANT L'AGE DE 3 ANS. Tableau d'ensemble	15
Tableau 11. AGE AU SEVRAGE ET MORTALITE AVANT 3 ANS	17
Tableau 12. AGE AU SEVRAGE ET STATUT MATRIMONIAL DE LA MERE	18
Tableau 13. STATUT MATRIMONIAL ET MORTALITE. FEMMES MENOPAUSEES	19
Tableau 14. STATUT MATRIMONIAL ET MORTALITE. FEMMES NON MENOPAUSEES	19
Tableau 15. STATUT MATRIMONIAL ET MORTALITE. Tableau d'ensemble	20



Les Krou, plus connus dans l'Ouest africain sous l'appellation de Kroumen, sont à cheval sur le Libéria et la Côte-d'Ivoire. Seuls ceux de ce dernier pays retiendront ici notre attention. Au nombre de 15.000 environ, ils n'occupent leur espace qu'à raison de 2,2 habitants au km². Non seulement les Krou sont donc peu nombreux, mais leur pays apparaît aussi comme particulièrement sous-peuplé.

C'est en nous interrogeant sur les causes de ce sous-peuplement que nous avons été amené -tout en n'étant pas démographe mais sociologue- à aborder les problèmes de fécondité et de mortalité -et plus spécialement de mortalité avant l'âge de 3 ans, qui nous semblait particulièrement importante- dans cette société. Les données dont nous faisons ici état ont été recueillies en trois temps. Nous avons, tout d'abord, eu la chance de pouvoir participer, en 1972, à un recensement démographique exhaustif des populations krou de Côte-d'Ivoire. Ce recensement, organisé par l'ARSO -Autorité pour l'Aménagement de la Région du Sud-Ouest, organisme chargé de ce que l'on appelle en Côte-d'Ivoire l'"opération San Pedro" (création d'un port et mise en valeur de son arrière-pays)-, nous fournit les données de structure de base indispensables à une bonne connaissance du fonctionnement de la société krou -données notamment sur la structure familiale et matrimoniale. Au cours d'une enquête complémentaire, réalisée jour pour jour un an après le premier passage auprès d'un échantillon de 3.000 personnes (soit 1/5ème de la population krou), furent, en second lieu, enregistrées par nous-même un certain nombre de données de mouvement, notamment les naissances et les décès survenus depuis l'opération de recensement. Pour affiner ces données de mouvement au niveau de la fécondité, une observation rétrospective, de type longitudinal, fut enfin menée auprès des femmes de 15 ans et plus d'un village que nous suivons depuis bientôt 6 ans, le village de Roc-Oulidié (Sous-préfecture de Grand-Béréby), qui avec 403 habitants en 1974 est le plus gros village du pays krou. Cette dernière enquête se proposait de reconstituer l'histoire génésique des femmes en âge de procréer, ou ayant déjà procréé. Délicate par définition, une telle entreprise ne fut possible que grâce à une longue présence au village. Sur les 98 femmes de l'échantillon,

nous pûmes en toucher 94 (3 étaient en voyage, 1 seule s'est refusée obstinément à répondre à notre questionnaire) et faire l'historique de 447 grossesses. Le rapprochement, voire la combinaison des données de ces trois enquêtes allait se révéler particulièrement riche, nous le verrons, au niveau d'un essai d'explication démographique du sous-peuplement.

Pour situer brièvement les Krou sur le plan de leur organisation sociale, précisons qu'ils forment une société de type lignager, à filiation patrilinéaire, à résidence patrilocale et à mariage virilocal. L'unité sociale de base est le tua, patrilignage exogamique. Il est rare que de nos jours le tua coïncide encore exactement avec le village : celui-ci est plutôt composé de lignages moyens relevant de tua différents. Le village de Roc-Oulidié compte ainsi des ressortissants de 12 tua différents.

La présente communication se voulait au départ un plaidoyer pour la polygamie. Notre hypothèse de travail ne s'est en fait pas trouvée corroborée avec une évidence éclatante par les conclusions de l'enquête sur le terrain, notamment de la reconstitution de l'histoire génésique des femmes. Selon cette hypothèse, il existait une corrélation entre la surmortalité des enfants en bas âge et la progression rapide de la monogamie -les Krou sont déjà monogames à 72 %-, l'une des principales justifications de la polygamie étant jadis justement de donner à l'enfant de plus grandes chances de survie en retardant au maximum, par un étalement optimum des naissances, l'âge du sevrage. Nous pensions pouvoir démontrer explicitement, en rapportant la mortalité des enfants de moins de 3 ans à la situation matrimoniale de la mère au moment de la naissance, que les enfants nés d'unions polygyniques avaient plus de chances de passer le cap du sevrage que ceux nés d'unions monogyniques, partant que la société krou n'était pas encore prête pour une monogamie généralisée. Nous verrons que si, au niveau des femmes non encore ménopausées, c'est-à-dire actuellement, la polygynie donne effectivement légèrement plus de chances de survie à l'enfant, ce n'était pas le cas au niveau des femmes ménopausées, c'est-à-dire autrefois, à une époque où la polygynie était pourtant plus de règle qu'aujourd'hui. Les choses sont sans doute infiniment plus complexes. Aussi nous bornerons-nous dans cette communication à présenter simplement un certain nombre de données de base, d'abord sur la fécondité, ensuite sur la mortalité avant l'âge de 3 ans, enfin sur la fécondité et la mortalité dans leurs rapports avec la pratique sociale krou.

I. FECONDITE

1. Fécondité et infécondité

La première question que nous nous poserons au sujet de la fécondité des femmes krou a trait au problème de la stérilité. Nous avons été, en effet, frappé, par l'importance de l'infécondité des femmes de notre échantillon. Sur les 94 femmes touchées par notre enquête rétrospective, 10 ont déclaré n'avoir jamais eu de grossesse -4 pour n'avoir jamais eu de rapports sexuels, 6 pour n'être jamais tombées enceintes-, 14 ne plus en avoir eu après une fausse couche ou après avoir mis au monde un enfant mort-né. Si les cas de stérilité primaire sont relativement peu nombreux (6 cas, soit 6,4 % des femmes), les "accidents" génésiques entraînant l'infécondité apparaissent par contre comme particulièrement importants (14,9 % des femmes). Cette dernière donnée doit cependant être pondérée par le fait que les femmes touchées par ces accidents ont quelquefois déjà eu le temps de participer d'une manière importante à l'oeuvre de procréation. Ainsi, 4 femmes seulement sont-elles devenues infécondes après une fausse couche survenue lors de la première grossesse, 2 le sont devenues après une fausse couche à la 2ème grossesse, 8 de la 3ème à la... 15ème grossesse. Précisons que nous n'avons relevé qu'un seul cas d'avortement volontaire, suivi de stérilité.

Ce qu'il est important de souligner à ce niveau, c'est que les accidents génésiques influent sur la fécondité à un double niveau : ils empêchent d'abord un certain nombre de grossesses d'aboutir (cf plus loin mortalité foetale et mortinatalité); ils entraînent ensuite -et surtout- très souvent une stérilité secondaire importante.

2. Fécondité et conception

La seconde question que nous nous poserons au sujet de la fécondité a trait au rapport entre grossesses et naissances vivantes. Le tableau I nous montre l'évolution de ce rapport selon l'âge actuel des femmes de notre échantillon. Il en ressort qu'il existe un décalage de l'ordre de 10 % entre le total des grossesses et celui des naissances vivantes. Nous y reviendrons en abordant le problème de la mortalité foetale et de la mortinatalité.

Soulignons simplement ici qu'au niveau des femmes ménopausées -donc ayant fini de concevoir-, chaque femme a eu en moyenne 5,5 grossesses dans sa vie (tableau 2), ce qui est peu. Quant aux mêmes femmes ayant eu des naissances vivantes (tableau 3), le nombre moyen d'enfants nés vivants par femme est de 5,3.

Le maximum absolu de grossesses enregistrées par femme au niveau de l'ensemble de l'échantillon est de 15, pour un maximum de naissances vivantes de 12.

Tableau 1. FECONDITE ET CONCEPTION. ROC-OULIDIE 1975

Age actuel de la femme	GROSSESSES			NAISSANCES VIVANTES		
	Nbre de femmes	Nbre de grossesses	Moyenne gross./fe.	Nbre de femmes	Nbre de naiss.	Moyenne naiss./fe
15 - 19	5	8	1,6	5	8	1,6
20 - 24	1	3	3,0	1	3	3,0
25 - 29	9	44	4,9	9	42	4,7
30 - 34	11	58	5,3	11	52	4,7
35 - 39	8	33	4,1	8	32	4,0
40 - 44	12	101	8,4	12	87	7,2
45 - 49	14	68	4,9	10	58	5,8
Ens. fe. non ménop.	60	315	5,3	56	282	5,0
Fe. ménop.	24	132	5,5	23	121	5,3
Ensemble	84	447	5,3	79	403	5,1

Tableau 2. ROC-OULIDIE 1975 - GROSSESSES SELON L'AGE ACTUEL DES FEMMES

Age actuel de la femme	Nombre de grossesses														Total gross.	Nbre de fem.	Moy. gross. fe.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	15				
15 - 19	3	1	1												8	5	1,6
20 - 24			1												3	1	3,0
25 - 29	1		1	1	2	2	2								44	9	4,9
30 - 34			1	3	1	5	1	1							58	11	5,3
35 - 39	3		1		1		2	1							33	8	4,1
40 - 44		1	1	1	1		1	1	1	3	1	1			101	12	8,4
45 - 49	4	2		1	1		1	3	2						68	14	4,9
Ens. fe. non ménop.	11	4	6	6	6	7	5	6	1	3	3	1	1		315	60	5,3
Fe. ménop.	5	3	1		2	3	1	3	2	3	1				132	24	5,5

Tableau 3. ROC-OULIDIE 1975 - NAISSANCES VIVANTES SELON L'AGE ACTUEL DES FEMMES

Age actuel de la femme	Naissances vivantes												Total naiss. viv.	Nbre de fe.	Moy. nais-s./fe		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
15 - 19	3	1	1												8	5	1,6
20 - 24			1												3	1	3,0
25 - 29	2		2	1	2	1	2								42	9	4,7
30 - 34		1	1	4	1	3	1	1							52	11	4,7
35 - 39	2		1		1	1	1		1						32	8	4,0
40 - 44	1	1		2			2	3	1	1	1	1			87	12	7,2
45 - 49	2		1			1	3	2		1					58	10	5,8
Ens. fe. non ménop.	10	3	7	7	4	6	6	5	4	2	1	1			282	56	5,0
Fe. ménop.	4	3	1	2	3	1	1	3	2	3					121	23	5,3

3. Taux brut de natalité

Le taux brut de natalité -rapport des naissances vivantes de l'année à la population moyenne de l'année- s'élève, en 1973, avec 103 naissances pour un échantillon de 3.057 personnes, à 33,7 °/oo. Ce taux est bas par comparaison avec les taux généralement enregistrés en Afrique, qui se situent plus volontiers entre 50 et 60 °/oo -Côte-d'Ivoire 1957- 1958 : 50 °/oo, Mali 1960-1961 : 62 °/oo. Il est plutôt voisin de celui observé au Gabon en 1960-1961, et qui est de 35 °/oo (1).

La faiblesse de ce taux est en partie au moins à mettre au compte de l'importance à la fois de la mortalité foetale et de la mortinatalité, que nous examinerons plus loin.

4. Taux global de fécondité

Le taux global de fécondité (ou taux de fécondité générale) -rapport des naissances vivantes de l'année à la population féminine de 15 à 49 ans - s'établit, en 1973, avec 103 naissances pour un échantillon féminin en âge de procréer de 736 femmes, à 140 °/oo. Ce taux est également bas. A titre de comparaison, il était de 220 °/oo pour l'ensemble de la Côte-d'Ivoire en 1957-1958, de 228 °/oo pour le Togo en 1961. Il est légèrement plus élevé cependant que celui du Gabon, qui en 1960-1961 était de 115,6 °/oo (2).

(1) Afrique Noire, Madagascar, Comores. Démographie comparée, Paris, INSEE-INED, 1967.

(2) OMINDE S.H. et EJIUGU C.N., L'accroissement de la population et l'avenir économique de l'Afrique, New-York, The population council, 1974.

5. Fécondité par âge

Le tableau 4 et la figure I montrent comment évolue le taux global de fécondité krou avec l'âge, comparativement avec le taux observé en 1957-1958 pour l'ensemble de la Côte-d'Ivoire (1)

Tableau 4. TAUX DE FECONDITE PAR AGE

Age de la mère	KROU 1973			COTE-D'IVOIRE 1957-1958 (1) naissance p. 1000
	Nbre total de naissances	Nbre de femmes	Naissances p. 1000	
15 - 19	22	113	195	217
20 - 24	26	107	243	319
25 - 29	22	87	253	289
30 - 34	19	129	147	209
35 - 39	10	121	83	167
40 - 44	4	96	42	66
45 - 49		83		36
Ensemble	<u>103</u>	<u>736</u>	<u>140</u>	<u>220</u>

Chez les Krou, la courbe du taux de fécondité par âge accuse un maximum vers 30 ans, puis baisse très rapidement au-delà. Plus des 2/3 des enfants sont en effet nés de mères de moins de 30 ans.

(1) Démographie comparée..., ouvrage cité.

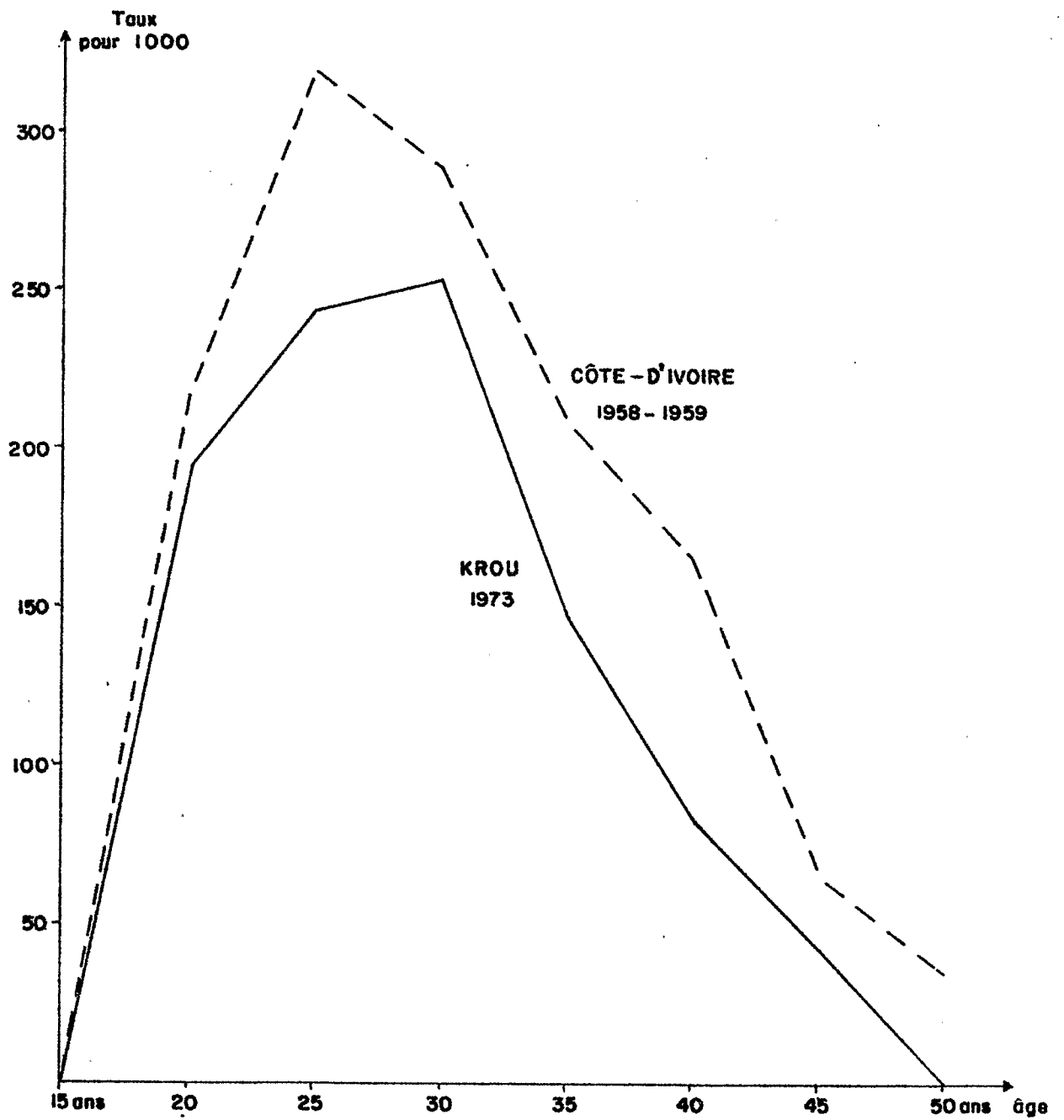
Le tableau 5, tiré de l'enquête rétrospective sur l'histoire génésique des femmes de Roc-Oulidié, donne, pour les femmes ménopausées du village, l'âge de la mère à la conception de ses enfants. Il en ressort qu'au niveau de la génération de ces femmes les conceptions avant 30 ans étaient encore plus importantes : les 3/4 de leurs enfants ont en effet été conçus alors que leur mère n'avait pas encore cet âge.

Cette chute rapide de la fécondité au-delà de 30 ans ne nous paraît absolument pas normale.

Tableau 5. Age de la mère à la conception.
Histoire génésique des femmes ménopausées de
Roc-Oulidié. 1975.

Age de la mère	Nbre de grossesses	%	Grossesses cumulées	%
15 - 19	37	28,0	37	28,0
20 - 24	35	26,5	72	54,5
25 - 29	28	21,2	100	75,7
30 - 34	17	12,9	117	88,6
35 - 39	12	9,1	129	97,7
40 - 44	2	1,5	131	99,2
45 - 49	1	0,8	132	100,0
Ensemble	<u>132</u>	100,0	<u>132</u>	100,0

Figure 1 - TAUX DE FECONDITE PAR AGE



6. Fécondité légitime et fécondité illégitime

Nous avons été frappé, lors du recensement démographique de 1972, par le nombre important de femmes krou en âge de procréer non mariées, c'est-à-dire célibataires, divorcées ou veuves. Par rapport au total des femmes en âge de procréer, elles sont effectivement 23 % à être "seules", ce qui est absolument considérable. Cette donnée nous paraissait d'autant plus anormale que nous avons travaillé auparavant dans une société -les Guéré, voisins septentrionaux des Krou- où laisser une femme en âge de procréer sans homme était quasiment impensable, voire criminel. La question que nous nous sommes alors posée fut de savoir si nous ne tenions pas là l'explication majeure du faible taux de fécondité des Krou.

En fait, si nous comparons fécondité légitime et fécondité illégitime, nous nous apercevons

-non seulement que la proportion des naissances dites illégitimes par rapport au total des naissances -25,2 %- est sensiblement plus élevée que la proportion des femmes en âge de procréer non mariées par rapport au total des femmes en âge de procréer -23 %;

-mais aussi que le taux de fécondité illégitime -154 ^o/oo- est nettement plus élevé que le taux de fécondité légitime -136 ^o/oo- (cf tableau 6).

Tableau 6. FECONDITE LEGITIME ET FECONDITE ILLEGITIME. 1973

Femmes en âge de procréer	Nombre	Naissances de l'année	Taux de fécondité (p. 1000)
Mariées	566	77	136
Non mariées	170	26	154
Total échantillon	736	103	140

*
* *

En résumé, la fécondité des femmes krou apparaît comme particulièrement basse. L'importance des accidents génésiques y est incontestablement pour beaucoup, sans être vraisemblablement le seul facteur explicatif. Soulignons aussi que les femmes krou n'ont plus que très peu d'enfants après l'âge de 30 ans : la fécondité semble baisser anormalement vite avec l'âge. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la proportion importante de femmes en âge de procréer non mariées n'a enfin, apparemment, pas d'incidences sur le taux de fécondité.

II. MORTALITE AVANT L'AGE DE 3 ANS

1. Mortalité foetale et mortinatalité

Le tableau I (Fécondité et conception) nous avait permis de comparer les grossesses aux naissances vivantes selon l'âge actuel des femmes du village de Roc-Oulidié. Il en ressort qu'au niveau de l'histoire génésique de l'ensemble des femmes, nous avons 403 naissances vivantes pour 447 grossesses. 9 de ces grossesses ayant débouché sur des jumeaux, nous aurions donc pu avoir, si chaque grossesse avait abouti à une naissance "normale", un total de 456 naissances vivantes. La mortalité foetale et la mortinatalité ont par conséquent affecté 53 naissances potentielles, réduisant le total de ces naissances de 11,4%.

Les 53 cas d'avortement, de fausses couches et de mortinatalité se ventilent comme suit :

-mortalité foetale

+fausses couches : 33 cas

+avortement volontaire : 1 seul cas

-mortinatalité : 19 cas.

2. Mortalité infantile

L'enquête complémentaire au recensement démographique de 1972 sur les données de mouvement avait révélé que le taux de mortalité infantile -rapport du nombre des décès entre 0 et 1 an aux naissances vivantes de l'année- s'établissait alors pour l'ensemble du pays krou à 68⁰/100. Ce taux, particulièrement bas, nous paraît peu vraisemblable, les taux médians des mortalités infantiles observées en Afrique s'élevant à 180⁰/100 (1).

Les données de l'enquête rétrospective sur l'histoire génésique des femmes de Roc-Oulidié nous semblent beaucoup plus proches de la réalité. En ce qui concerne la mortalité infantile, ces données peuvent être résumées comme suit (tableau 7).

(1) Démographie comparée..., ouvrage cité.

Tableau 7. ROC-OULIDIE. 1975. MORTALITE INFANTILE.

Tableau d'ensemble.

Niveau d'appréhension Mortalité inf.	Femmes ménop.	Femmes non ménop.	Ensemble
	Décès avant 1 an	35	43
Total naissances vivantes (1)	121	252	373
Rapport décès/naiss. viv. (%)	28,9	17,1	20,9

Il ressort de ce tableau que sur l'ensemble des naissances vivantes de notre échantillon la mortalité infantile est de 20,9 % , ce qui est beaucoup plus conforme à la moyenne africaine. Si nous considérons que les femmes ménopausées représentent plutôt la société krou d'hier, celles ménopausées la société krou d'aujourd'hui, il est intéressant de noter que le taux de mortalité infantile a considérablement baissé de la première catégorie de femmes à la seconde : 28,9 % à 17,1 %.

Voyons maintenant cette mortalité infantile plus en détail. Si nous la décomposons en mortalité néonatale (mortalité avant 1 mois) et mortalité de 1 à 12 mois, nous obtenons les résultats suivants (tableau 8).

(1) Ces chiffres concernent l'ensemble des naissances vivantes de l'enquête rétrospective de Roc-Oulidié moins les naissances -et par conséquent les décès affectant éventuellement ces naissances- des trois dernières années, le devenir de ces moins de 3 ans n'étant pas encore connu.

Tableau 8. ROC-OULIDIE. 1975. MORTALITE INFANTILE

Tableau de détail.

Niveau d'appréhension Mortalité infantile	Femmes ménopaus.	Femmes non ménop.	Ensemble	Mortalité cumulée	
				en CA	en %
Mortalité néonatale	<u>15</u>	<u>15</u>	<u>30</u>	<u>30</u>	<u>38,5</u>
- 1 jour	1	10	11	11	14,1
- 2 jours	3		3	14	17,9
- 3 jours	1		1	15	19,2
- 7 jours	4	2	6	21	26,9
9 jours		1	1	22	28,2
-14 jours	6	2	8	30	38,5
Mortalité de 1 à 12 mois	<u>20</u>	<u>28</u>	<u>48</u>	<u>48</u>	<u>61,5</u>
- 1 mois		1	1	31	39,7
- 2 mois	3	3	6	37	47,4
- 3 mois	3	3	6	43	55,1
- 4 mois	3	1	4	47	60,3
- 5 mois	2	2	4	51	65,4
- 6 mois	3	5	8	59	75,6
- 7 mois	1	3	4	63	80,8
- 8 mois	2	1	3	66	84,6
- 9 mois		3	3	69	88,5
-10 mois		4	4	73	93,6
-12 mois	3	2	5	78	100,0
Total mortalité infantile	<u>35</u>	<u>43</u>	<u>78</u>	<u>78</u>	100,0
Total naissances vivantes	121	252	373		
Mortalité néonatale (%)	12,4	6,0	8,0		
Mortalité de 1 à 12 mois (%)	16,5	11,1	12,9		

Il ressort de ce tableau que la part de la mortalité néonatale dans la mortalité infantile est considérable : 38,5 %. 14,1 % des enfants meurent dès le premier jour, le quart ne vit pas au-delà d'une semaine. Soulignons que 2 semaines représentent un cap déjà important : de 14 jours à 1 mois nous n'avons en effet noté aucun décès. Le cap des 2 mois semble être un autre tournant important, l'enfant redevenant apparemment plus vulnérable et le restant jusqu'à 1 an (et au-delà). 55 % de la mortalité infantile se situe avant 3 mois, 75 % avant 6 mois.

Si nous établissons une comparaison entre femmes ménopausées et femmes non ménopausées de notre échantillon, il apparaît que la mortalité néonatale était jadis particulièrement meurtrière : 12,4 % du taux de mortalité infantile, contre 6 % aujourd'hui. Même ce dernier taux reste encore élevé.

Sur les causes de cette mortalité infantile, nous ne pûmes, hélas, recueillir que peu d'informations. En ce qui concerne les 30 cas de mortalité néonatale, c'est le mystère le plus total. Sur les 48 cas de mortalité de 1 à 12 mois, seuls 4 cas de varicelle et 1 de rougeole purent être identifiés avec certitude. 2 enfants sont morts accidentellement. Pour les autres, les mères allèguent la fièvre, la toux, la diarrhée et ...la maladie d'une façon générale.

3. Mortalité de 1 à 3 ans

Passé le cap de 1 an, l'enfant krou est encore loin d'être assuré de devenir adulte. De 1 à 3 ans, la mortalité reste en effet importante. Elle le reste particulièrement entre 1 et 2 ans, comme le montre le tableau 9.

Tableau 9. ROC-OULIDIE. 1975. MORTALITE de 1 à 3 ans

Niveau d'appréhension	Femmes ménopausées	Femmes non ménop.	Ensemble
Décès 1 à 3 ans			
1 à 2 ans	8	21	29
2 à 3 ans	2	7	9
Total décès	<u>10</u>	<u>28</u>	<u>38</u>
Total naiss. vivantes	121	252	373
Mortalité de 1 à 3 ans (en %)	8,3	11,1	10,2

Ainsi, 10,2 % des enfants nés vivants meurent-ils encore entre 1 et 3 ans, soit la moitié du taux de mortalité infantile. Comme pour la mortalité infantile, toute recherche étiologique s'est avérée hasardeuse. Sur les 38 cas de décès, peuvent seulement être précisés 7 cas de varicelle. Soulignons que 4 autres décès furent attribués par les mères à un empoisonnement.

*
* * *

Le tableau 10 synthétise les données sur la mortalité des enfants krou de moins de 3 ans.

Tableau 10. ROC-OULIDIÉ 1975. MORTALITE AVANT L'AGE DE 3 ANS
Tableau d'ensemble.

Niveau d'appréhension Type de mortalité	Femmes ménop.	Femmes non ménop.	Ensemble		Mortalité cumulée	
			CA	%	CA	% naiss.viv.
Mortalité infantile	35	43	78	20,9	78	20,9
-mort. néonatale	15	15	30	8,0	30	8,0
-mort. de 1 à 12 mois	20	28	48	12,9	78	20,9
Mortalité de 1 à 2 ans	8	21	29	7,8	107	28,9
Mortalité de 2 à 3 ans	2	7	9	2,4	116	31,1
Total mortalité avant 3 ans	45	71	116	31,1	116	31,1
Total naiss. vivantes	121	252	373			
Rapport mort.av. 3 ans/total naiss. (en %)	37,2	28,2	31,1			

Il en ressort que sur 373 naissances vivantes survenues dans le village de Roc-Oulidié durant, en gros, le dernier demi-siècle -la plus ancienne femme de notre échantillon ayant eu sa première grossesse en 1945-, 116 enfants, soit 31,1 % du total des naissances, sont morts avant l'âge de 3 ans. Le pourcentage des pertes est même nettement plus important au niveau des femmes ménopausées, puisqu'il atteint 37,2 %. De 28,2 % au niveau des femmes non ménopausées, il est encore considérable. La mortalité infantile en est la principale responsable, qui ampute les naissances vivantes de 20,9 % la première année. Mais aussi la mortalité de 1 à 3 ans, qui y ajoute un prélèvement de 11,1 %.

III. FÉCONDITE, MORTALITÉ AVANT L'ÂGE DE 3 ANS ET PRATIQUE SOCIALE

Après avoir examiné un certain nombre de données de base sur la fécondité et la mortalité avant l'âge de 3 ans, nous allons tenter maintenant de mettre ces phénomènes en rapport avec la pratique sociale krou. Il s'agit notamment de voir dans quelle mesure il existe une relation entre certaines pratiques, certains interdits ou certaines caractéristiques de l'organisation sociale krou et la fécondité ou la mortalité. Le point de départ d'une telle recherche semble devoir être le problème de l'espacement entre les naissances, espacement qui apparaît comme la seule garantie de survie du nouveau-né en l'absence d'une part de techniques anticonceptionnelles, d'autre part de techniques appropriées de sevrage qui le "protégeraient" de l'arrivée trop rapide d'un petit frère ou d'une petite soeur. Comment les Krou conçoivent-ils cet espacement des naissances ? Comment le pratiquent-ils réellement ? La situation matrimoniale de la mère au moment de la naissance influe-t-elle notamment sur cet espacement, et du même coup sur la mortalité avant l'âge de 3 ans ?

1. Fécondité, abstinence sexuelle post-natale et sevrage

La règle visant à espacer les naissances, partant à mettre le nouveau-né à l'abri de l'arrivée trop rapide d'une nouvelle grossesse, est la suivante : tant que l'enfant ne marche pas, il est interdit à sa mère d'avoir des relations sexuelles. Une fois ces relations reprises, la femme ne peut plus allaiter, et se trouve dans l'obligation de sevrer son enfant. A plus forte raison quand survient une nouvelle grossesse. Le nouveau-né est donc en principe sûr de pouvoir être allaité jusqu'à ce qu'il marche, c'est-à-dire jusqu'à 1 an environ. Apparemment peu de femmes enfreignent cette règle, encore que les vieux commencent à émettre des doutes au sujet du comportement actuel des jeunes en ce domaine, les mamans n'étant plus tenues comme autrefois de partager, jusqu'à ce que leur enfant marche, la case de la belle-mère...

Un an d'interdiction de relations sexuelles semble en fait être un strict minimum, un garde-fou qui évite d'avoir à pratiquer le sevrage à un âge auquel l'enfant serait condamné sans appel. Nous verrons, en effet, que 60 % des femmes de notre échantillon retardent spontanément le sevrage

jusqu'à l'âge de 2 ans. Ces femmes devraient donc en toute logique s'abstenir de rapports sexuels. Sevrer un enfant avant 2 ans nous paraît effectivement une entreprise aléatoire : la bouillie de riz à l'eau, seule "technique" de sevrage utilisée par les femmes krou, ne laisse à l'enfant que peu de chances de survie si elle ne s'accompagne pas pendant longtemps de lait maternel.

2. Pratique du sevrage et mortalité

Sur 75 femmes de notre échantillon ayant eu à pratiquer le sevrage, 45 ont déclaré avoir sevré leurs enfants à 2 ans, 30 seulement à 1 an. En établissant le rapport entre âge au sevrage et mortalité avant 3 ans -tableau 11-, il apparaît que sur les naissances vivantes issues de femmes retardant le sevrage jusqu'à 2 ans il y a une mortalité sensiblement inférieure -30,1%- à celle qui touche les enfants nés de femmes pratiquant le sevrage à 1 an -33 %.

Tableau 11. AGE AU SEVRAGE ET MORTALITE AVANT 3 ANS

Age sevrage	Sevrage à 1 an	Sevrage à 2 ans
Rapport décès/naiss.		
Naissances vivantes	176	216
Décès avant 3 ans	58	65
Rapport décès/naiss. (en %)	33,0	30,1

3. Statut matrimonial de la mère, sevrage et mortalité

Il s'agit de répondre ici à la question posée comme hypothèse de travail dans l'introduction : les enfants nés en situation de polygynie de la mère sont-ils effectivement moins affectés par la mortalité avant 3 ans que les enfants issus d'unions monogyniques, ces dernières étant a priori moins propices à un espacement harmonieux des naissances ? Selon cette

hypothèse, les femmes en situation de polygynie auraient moins de difficultés à pratiquer un sevrage tardif que les autres -elles seraient moins "talonnées" notamment par des maris désireux de reprendre rapidement, n'ayant qu'une femme, des relations sexuelles.

Un premier tableau -le tableau 12- établissant le rapport entre l'âge au sevrage des "sevrés" de Roc-Oulidié et la situation matrimoniale de la mère lors du sevrage, infirme d'emblée le dernier élément de notre hypothèse. Il ressort en effet de ce tableau que les femmes en situation de monogynie pratiquent à 57 % le sevrage à 2 ans, alors que celles en situation de polygynie ne le pratiquent qu'à 38,5 %.

Tableau 12. AGE AU SEVRAGE ET STATUT MATRIMONIAL DE LA MERE

Statut matrim. mère	Age au sevrage	Echantillon "sevrés"	Sevrage à 1 an		Sevrage à 2 ans	
			Nbre	%	Nbre	%
Non mariée		26	12	46,2	14	53,8
Sit. de monogynie		179	76	42,4	103	57,6
Sit. de polygynie		39	24	61,5	15	38,5
Total		<u>244</u>	<u>112</u>	45,9	<u>132</u>	54,1

Une série de tableaux -13, 14 et 15-, établissant le rapport entre la situation matrimoniale de la mère au moment de la naissance et la mortalité avant l'âge de 3 ans, plaident, en second lieu, cependant davantage en faveur de la polygynie. Si au niveau des femmes ménopausées -tableau 13-, ainsi qu'à celui de l'ensemble des femmes de Roc-Oulidié -tableau 15- la situation de polygynie de la mère apparaît comme plus défavorable à la survie des enfants que la situation de monogynie, au niveau des femmes ménopausées, c'est-à-dire des femmes procréant encore aujourd'hui, le rapport des décès avant 3 ans au total des naissances vivantes est très nettement inférieur en situation de polygynie : 23,8 % contre 29,5 %.

Tableau 13. STATUT MATRIMONIAL ET MORTALITE.
FEMMES MENOPAUSEES DE ROC-OULIDIE. 1975

Sit. matrim. de la mère lors naiss.	Non mariée	Sit. de monogynie	Sit. de polygynie	Total
Rapport décès avant 3 ans/naissances				
Décès avant 3 ans	5	28	12	45
Total naiss. viv.	9	85	27	121
Rapport décès/naiss. (en %)	55,5	32,9	44,4	37,2

Tableau 14. STATUT MATRIMONIAL ET MORTALITE.
FEMMES NON MENOPAUSEES DE ROC-OULIDIE. 1975

Sit. matrim. de la mère lors naiss.	Non mariée	Sit. de monogynie	Sit. de polygynie	Total
Rapport décès avant 3 ans/naissances				
Décès avant 3 ans	7	54	10	71
Total naiss. viv.	27	183	42	252
Rapport décès/naiss. (en %)	25,9	29,5	23,8	28,2

Tableau 15. STATUT MATRIMONIAL ET MORTALITE.

ENSEMBLE DES FEMMES DE ROC-OULIDIE. 1975.

Sit. matrim. de la mère lors naiss. Rapport décès avant 3 ans/naissances	Non mariée	Sit. de monogynie	Sit. de polygynie	Total
Décès avant 3 ans	12	82	22	116
Total naiss. viv.	36	268	69	373
Rapport décès/naiss. (en %)	33,3	30,6	31,9	31,1

*
* *
*

La condition sine qua non de survie de l'enfant krou nous semble finalement résider essentiellement dans un espacement satisfaisant des naissances, ce qui est loin d'être le cas actuellement. Il serait intéressant de connaître la durée exacte de cet espacement. Cela n'est malheureusement pas possible du fait que les femmes, pratiquement à 100 % illettrées, sont incapables de fournir les précisions qui pourraient nous permettre de calculer cette durée. A défaut, et afin de savoir s'il y avait "télescopage" entre naissances au point de limiter dans le temps le sevrage de l'enfant né le premier, nous avons posé aux femmes de notre échantillon, chaque fois qu'elles nous signalaient le décès d'un enfant de moins de 3 ans -à l'exclusion de la mortalité infantile-, la question suivante : "Quand l'enfant est mort, le suivant était-il déjà en route ou né ?" Dans 17 sur les 38 cas de mortalité de 1 à 3 ans, soit 44,7 % des cas, l'enfant suivant était effectivement déjà en route (11 cas) ou né (6 cas) lors du décès. Il s'agit peut-être d'une simple coïncidence. Rappelons toutefois que dès qu'une femme reprend les rapports sexuels, a fortiori quand elle tombe à nouveau enceinte, elle ne peut plus allaiter. Ce qui risque d'être d'autant plus dramatique que l'enfant né précédemment est plus petit.

CONCLUSION

Nous devons nous poser, en conclusion, le problème des limites de notre enquête sur l'histoire génésique des femmes de Roc-Oulidié. Nous sommes parfaitement conscient de l'imperfection des données recueillies. La première remarque concerne la valeur statistique d'une telle enquête : 94 femmes touchées, 447 grossesses examinées, 373 naissances vivantes, 116 décès avant l'âge de 3 ans... Tous ces chiffres ne sont pas très importants. Une telle enquête est pourtant difficilement extensible hors du champ privilégié d'observation que finit par devenir pour le sociologue son village d'étude. Les questions sont d'une nature trop intime pour que des femmes non préparées acceptent d'emblée d'y répondre en toute franchise. Il y a là une contradiction insoluble.

La seconde remarque a trait au fond même de l'enquête. Il est bien évident qu'une enquête sur la fécondité et la mortalité ne peut être qu'imparfaitement maîtrisée par un sociologue. A la fois au niveau du recueil des données et de l'interprétation des résultats, la collaboration d'un médecin apparaît comme indispensable. Nous avons relevé notamment que les cas de stérilité secondaire étaient particulièrement nombreux. A quoi est cliniquement due cette stérilité ? Pourquoi les fausses couches sont-elles si fréquentes ? Voilà des questions auxquelles seul un médecin peut répondre.

Une mise en garde enfin en guise de dernière remarque. Une telle enquête, pour être significative, ne doit absolument rien ignorer du contexte global dans lequel évolue la société concernée. Sans doute ne sommes-nous pas allé assez loin dans ce sens au niveau de cette communication. L'importance de l'exode rural, voire de l'émigration que connaît le pays krou depuis des décennies n'est certes pas étrangère à la faible fécondité actuelle, pour la raison évidente que les effectifs les plus jeunes, donc les plus féconds, sont sérieusement amputés par ces départs.

Il n'en reste pas moins vrai qu'une enquête sur l'histoire génésique des femmes, même statistiquement restreinte, est de première utilité pour une meilleure connaissance de n'importe quelle société.