

Dm

0389

coll. Réf.

O.R.S.T.O.M. - DEMOGRAPHIE

LA MORTALITE INFANTILE  
FACE OBSCURE DE LA TRANSITION DEMOGRAPHIQUE

Quelques réflexions à propos de la baisse  
de la mortalité infantile dans les pays du Tiers Monde

A. QUESNEL

27.07.87

O.R.S.T.O.M. Fonds Documentaire

N° : 21295

Cote : B

6

SEMINAIRE "MORTALITE DANS L'ENFANCE"

PARIS, 13-17 Septembre 1982

B21295

La Mortalité infantile, face obscure de la transition démographique:  
quelques réflexions à propos de la baisse de la mortalité infantile  
dans les pays du Tiers Monde.

A. Quesnel

1. Position du problème

Si le déclin de la mortalité infantile est un fait incontestable dans l'ensemble des pays du Tiers Monde qui peut être attribué largement au développement des services sanitaires dans ces pays, il semble toutefois que l'évaluation même de ce déclin reste difficile, et que l'on s'est peu interrogé sur les facteurs non sanitaires qui déterminent la mortalité infantile, et surtout qu'on les ait peu considérés 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; or il existe comme l'indique E. Van de Walle, cité par Tabutin (1980) "une théorie de la transition démographique, basée plus au 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 sa réalisation comme fait démographique reste inscrit dans les mêmes analyses rétrospectives européennes, et donne lieu à des constructions d'instruments de collecte et d'analyse de variables considérées a priori comme déterminantes, et indépendantes.

L'environnement sanitaire et l'éducation de la mère sont les deux variables que 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 d'une certaine façon 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, au point de conduire à faire du taux de mortalité infantile l'indicateur privilégié du niveau du développement économique et sanitaire d'une population.

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.<sup>(1)</sup> Elle est aussi un processus social et en tant que tel ne peut être isolée des autres processus en oeuvre 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 me 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, bien que global, et que l'incapacité à expliquer le ralentissement du déclin de la mortalité infantile en Amérique Latine, en Afrique, et en Asie,

(1) On verra dans l'autre document que la correction des niveaux observés au Mexique ont été effectuées à partir de cette hypothèse, quand bien même les observations faites au niveau des états la mettaient en doute.

telle qu'elle s'est trouvée exprimée à Manille, soit imputable à cet enfermement: les trois communications présentées à Manille (session F.10) paraissent recourir à des schémas explicatifs différents, mais qui, à bien y regarder ne font que mettre en valeur certains avatars de la modernisation.

Il me semble difficile d'envisager les phénomènes démographiques sur un seul plan, macro ou microsocial, quand on cherche à un donner 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, les implications de ces processus au niveau de tous les groupes sociaux en cause.

D'une autre manière plus directement démographique, ces processus ne peuvent être envisagés sans tenir compte de la dynamique interne de la reproduction démographique: 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 transition démographique dans les pays en voie de développement" à quoi j'ajouterai qu'il me semble difficile d'envisager les déterminants de l'évolution d'une des composantes de la transition, prise isolément. Autrement dit, il est possible d'observer et d'analyser la baisse de la mortalité infantile d'une manière isolée, mais cela ne l'est plus quand il s'agit d'expliquer son évolution.

Je me propose ici d'examiner certaines formes d'expression de la baisse de la mortalité au niveau macro et micro des populations du Tiers Monde, c'est à dire de tenter de souligner, d'une part la complexité de la relation qui existe entre certaines variables reconnues comme constituant la "modernisation" et d'autre part, comment la mortalité infantile interfère avec les autres phénomènes démographiques. Etant donné la dimension du problème il est bien entendu que je ne ferai qu'aborder que quelques aspects, et que ce papier n'a d'autre ambition que d'amorcer la discussion sur la nature même de la baisse de la mortalité infantile dans le Tiers Monde. Enfin, et avant tout peut être, il convient de dire que cette discussion n'est pas séparée des problèmes méthodologiques posés par la mesure de la mortalité infantile, bien au contraire, les impasses méthodologiques ont souvent à voir en tout premier lieu avec les égarements théoriques.

## 2. L'approche macro-sociale de la baisse de la mortalité infantile

La plupart des études démographiques, et plus particulièrement celles basées sur des enquêtes, intègrent implicitement la théorie de la modernisation. La démographie ne considère jamais, ou alors exclusivement de manière exogène, les processus d'introduction/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 bien souvent de décrire linéairement les effets de cette mise en situation des sociétés rurales.

Le développement des infrastructures scolaire, sanitaire, routière comme retombée principale constitue alors le nouveau paradigme démographique.

En ce qui concerne la baisse de la mortalité infantile qui nous intéresse ici, elle est la première manifestation des progrès sanitaires qui

se réalisent de manière plus ou moins diffuse et rapide selon les sociétés. Elle est considérée comme indépendante des conditions globales qui s'exercent sur la reproduction sociale de cette société, alors que la profondeur de l'impact est à même de nous révéler l'ensemble de ces conditions.

Par exemple, pour me référer aux sociétés que je connais, la société Mossi de Haute Volta et la société Kabye du Togo subissent la domination du capitalisme de façon globalement différente à la société Ewe du plateau de Dayes; les deux premières sont fournies ~~de~~<sup>sses</sup> de force de travail, la dernière est le lieu de production des cultures de rente. Les retombées, ou plutôt les réalisations infrastructurelles au niveau routier, sanitaire, scolaire, seront inégalement réparties: directement de par la politique même du colonisateur ou de l'état indépendant, et indirectement par la pénétration différentielle des circuits d'échanges traditionnels par l'économie marchande. Ainsi le pays Mossi et le pays Kabye présentent un niveau de mortalité infantile plus élevé que les régions de plantations de Côte d'Ivoire, et que le plateau de Dayes appartenant à la région des plateaux du Togo; la population Ewe, autochtone, connaît depuis très longtemps un bas niveau de mortalité infantile, et une baisse remarquable de celle-ci, 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 termes 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 (Menendez, 1981). Depuis 1930 la mortalité infantile baisse dans toutes les régions du Mexique. Au Yucatan, depuis cette date 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 ces dernières années y est beaucoup plus sensible que dans l'ensemble du pays. Le Yucatan est soumis à la production d'une culture commerciale, l'hennequen, 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'analphabétisation élevé 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 s'explique le faible niveau, et la baisse de la mortalité infantile dans les cinquantes 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. Toutefois, on retiendra que lorsque l'impact du développement sanitaire s'estompe peu à peu, les autres variables qui déterminent la mortalité infantile reprennent une place prépondérante. Mais là encore, le risque est de considérer essentiellement ces variables qui apparaissent déterminantes, sans les référer à l'ensemble des autres variables qui interviennent dans la mortalité infantile. Le plus souvent la variable éducation l'emporte sur les autres. Or l'exemple du Yucatan montre clairement que l'on peut rencontrer globalement un faible niveau d'éducation et un faible niveau de mortalité infantile. Au niveau individuel, il ressort de notre enquête (Lerner, et al.) que les journaliers qui ont le niveau d'éducation le plus élevé ont en même temps la mortalité la plus forte; il se trouve qu'ils ont juridiquement moins accès que les autres groupes sociaux aux services de santé.

Ainsi on comprend qu'envisager globalement à partir de la variable éducation la baisse de la mortalité infantile au Mexique, 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 est (ou n'est pas) un indicateur synthétique d'un ensemble de transformations résultantes de la mise en situation de dépendance de certaines sociétés ou groupes sociaux.

En ce qui concerne le plateau de Dayes nous avons montré que les structures scolaires et d'activité éclairent un moment de l'histoire de la reproduction sociale mais qu'en aucune façon elles ne peuvent être considérées comme facteurs explicatifs, pas plus qu'elles ne peuvent constituer des catégories qui pourraient être tenues pour des variables indépendantes (Quenel et Vimard, 1981).

Le recours aux termes de la modernisation pour expliquer la baisse de la mortalité infantile comme le ralentissement de la baisse, peut conduire à des argumentations très confuses, et très différentes selon le terme qui est mis en avant comme responsable du phénomène.

Ainsi pour l'Afrique (Azefor, 1981) on souligne principalement les déficiences sanitaire et nutritionnelle. Les constituants de la morbidité persistent, même si c'est à des moindres niveaux. L'effet de l'impact sanitaire ne peut guère se prolonger, voir devenir négligeable en face des effets de l'éducation: "Elle est si importante qu'elle peut faire descendre la mortalité infantile qu'il y ait ou non des facilités médicales dans la zone de résidence" (Caldwell, 1979). Certes on peut appeler éducation le fait que certains individus utilisent les services de santé, ou bien ont des initiatives adéquates pour protéger la vie de leur enfants, mais n'est-ce pas emprunter un raccourci et laisser ce côté un véritable changement du statut



de la femme et de l'enfant, intervenu dans la société considérée? On a là une limitation importante de l'approche du phénomène en termes macro-sociaux.

L'étude de la mortalité infantile en Asie (Sivamurthy, 1981) prend en compte l'association de plusieurs facteurs pour expliquer le ralentissement survenu en Inde: la malnutrition, le manque d'infrastructure pour le drainage des eaux, et l'infrastructure sanitaire en général. Mais on a recours encore au niveau d'éducation de la mère pour dire que la baisse peut se poursuivre selon les familles. Là on est passé d'un niveau macro à un niveau micro, vu l'incapacité à donner une explication rigoureuse au premier niveau. Un autre article présenté à Manille (Meegama, 1981) est plus intéressant 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, politique en matière d'importations, etc...

Ici, si l'approche macro se fait plus convaincante, on perçoit toutefois qu'il existe des implications plus profondes des changements intervenus.

Pour l'Amérique Latine (Arriaga, 1981), l'analyse est menée en termes agrégés: le déclin de la baisse de la mortalité infantile comme de la mortalité globale est plus sensible chez les hommes que chez les femmes. On constate qu'il y a une modification dans la structure de la morbidité: pour le groupe d'âge 0-4 ans, les maladies respiratoires, infectieuses, circulatoires et accidentelles occupent une place moins importante en 1970 qu'en 1960. Les limitations de ce type d'analyse sont évidentes; elles sont dues tout simplement à un développement historique et économique différentiel des

régions, et à l'hétérogénéité des la mortalité (Behm, 1979). Les causes principales du ralentissement se situent dans cette discrimination et les freins de toute nature posés à l'utilisation des services de santé (Behm, 1979).

En fait l'analyse différentielle peut être utile pour déceler les déterminants les plus marqués de la baisse, et de son ralentissement; ainsi ne peut-on penser que l'attention différente accordée aux garçons et aux filles allant en s'atténuant, la baisse a été plus forte et surtout plus continue pour ces dernières, jusqu'à maintenant? Les garçons ayant toujours bénéficié d'une meilleure attention, il est alors relativement plus difficile de les sauver étant donné que l'environnement sanitaire a trouvé ses limites.

Sans entrer dans les détails de ces approches macrosociales on constate que l'on ne peut faire l'économie d'une approche micro, soit au niveau régional, soit plus encore au niveau familial, ou de la cellule de reproduction. Ainsi, pour terminer par une information anecdotique riche de questions, la hausse de la mortalité infantile en URSS (Chesnais, 1981) peut être attribuée en première explication à la réduction des budgets de santé mais n'est elle pas due plutôt, comme le suggère l'auteur de l'article, à une dualité de l'économie, et plus globalement de la société, civile et militaire? La société civile connaît une détérioration globale, manifeste dans les pratiques sociales observées quant à la production, au travail, à la reproduction biologique, à soi même (l'alcoolisme se développe de façon impressionnante) etc. L'ensemble de ces attitudes nouvelles a des effets directs et indirects sur la mortalité infantile.

### 3. L'approche microsociale 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 Yucatan (Mexique) qu'il existait une discrimination sociale quant à l'accès de 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/considéré sous trois aspects: matériel, culturel, et institutionnel (ou juridique).

-l'accès matériel: on a vu que l'absence des services sanitaires leur précarité, la faiblesse de leur couverture étaient invoqués le plus souvent comme cause principale du maintien de la mortalité infantile 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, et que les différentes catégories sociales ne les utilisent pas 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: ainsi à Dayes on a pu constater à travers les comportements curatifs des populations autochtones et immigrées, que le recours en premier lieu aux agents du dispensaire plutôt qu'aux charlatans était légèrement plus fréquent pour les Ewe du village-centre que pour les Ewe des fermes résidents à plus d'une heure de marche, en moyenne, mais largement plus fréquent que

pour les Kabye<sup>(1)</sup>. La distance physique qui séparent la population de services de santé n'est souvent que de peu d'importance au regard de la distance culturelle.

La discrimination peut être institutionnelle ou juridique. Ainsi 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 socioéconomique 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

---

(1) Quand l'enfant est malade, 90% des Ewe l'emmenent d'abord au dispensaire, contre 60% Kabye. En ce qui concerne l'attention médicale accordée à l'enfant, la différence est encore plus marquée: 84% des Ewe emmenent leur enfants au dispensaire durant les premiers mois de la vie contre 32% chez les Kabye (Vimard, 1980).

et donc, en particulier, 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, et 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 insuffle 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. Ainsi, en Haute Volta, le pays Mossi participe 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 au 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 (Ancy, 1975). L'infrastructure sanitaire mise en place par l'état, généralement peu développée, bénéficiant d'un faible suivi et réalisant

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 (1) jusqu'à un certain niveau, 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'efficience de ces nouvelles pratiques.

Au contraire à 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 dans 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 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

---

(1) Voir les textes de J. Vaugelade et P. Livenais, préparés pour ce séminaire.

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

exiger un travail accru des femmes et des petites filles dans la structure de production de groupe domestique, et d'autre part à recourir de plus en plus à la main d'oeuvre immigrée. Il s'en suit 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 sanitaires, nutritionnelles, et éducationnelles.

On constate donc que l'analyse des déterminants de la baisse de la mortalité infantile ne peut être conduite en termes de variables indépendantes, même au niveau microsocial; on est sans cesse renvoyé à l'ensemble des changements intervenus dans les pratiques sociales, changements qui, en général, ne peuvent être dissociés l'un de l'autre. Cette remarque nous amène à la troisième approche.

#### 4. L'approche de la mortalité infantile comme processus social

Elle se distingue de la précédente en ce sens qu'il s'agit de partir de la mortalité infantile elle-même et voir comment on peut relier son évolution à celle de la position de l'enfant et de la mère dans le procès de reproduction démographique et sociale.

Le plus souvent la baisse de la mortalité infantile est prise en considération par rapport aux effets qu'elle peut avoir sur la fécondité

(Preston, 1978). On s'interroge encore très peu sur le fait de savoir si la forte 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.

En ce qui concerne la France du XVII<sup>e</sup> 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 Ferry, 1978) et socialement. Aussi la théorie du remplacement des enfants dans un contexte de haute mortalité infantile, prolongement ou parallèle de la transition démographique doit être, également comme cette dernière, considéré avec précaution, et pour le moins non généralisée hâtivement. Le défaut de ces "théories" est qu'elles supposent explicitement que l'effort des parents, ou des tenants du contrôle de la reproduction démographique, a toujours été orienté dans un seul sens: celui de la réduction de la mortalité infantile. Or il peut exister quelque soit le contexte de la mortalité, un désir 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<sup>(1)</sup>. La mort d'un enfant sera donc considérée différemment selon l'âge qu'il a atteint. D'une manière générale on peut se demander si la mortalité infantile n'a pas été aussi élevée 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 d'Amérique Latine et de l'Afrique actuelles.<sup>(2)</sup>

Mais pour redescendre, si je puis dire, à la réalité sociale, la mort d'un enfant n'est pas considérée comme la mort d'une personne: "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 cité par Gerard, 1979). De même "on a constaté dans plusieurs cas en Equateur, 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." (Scrimshaw, 1980).

(1) La baisse de la mortalité induit une modification de la structure et du volume des classes d'âges. Le passage de l'une à l'autre, en particulier pour les plus anciennes, s'en trouve affecté: la durée dans chaque classe augmente. Du changement intervenu dans les conditions démographiques nécessaires et compatibles avec la reproduction sociale stricto sensu, il découle un certain nombre de dysfonctionnements ou de pratiques nouvelles, voir la disparition de la structuration en classes d'âge de la société. Les démographes Africanistes ne se sont pas encore <sup>supplémentairement</sup> penchés sur ce problème.

(2) L'art occidental et l'art funéraire plus particulièrement, révèlent l'idée que l'enfant mort avant un an devient un ange (Fromaget, 1981; Shorter, 1975). S.C. 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 Gerard, 1979).

Dès lors un changement du statut de l'enfant dans la société peut avoir des effets directs sur l'évolution de la mortalité infantile. Mais là encore une analyse en termes globaux peut présenter des risques d'erreurs. En effet le statut de l'enfant peut faire intervenir d'autres variables comme le sexe et le rang de l'enfant à l'intérieur du groupe domestique. L'analyse différentielle de la mortalité infantile exige alors de réintroduire la taille des familles, et le poids de l'aléatoire démographique dans la famille. De la même façon que Bourdieu a montré comment les événements démographiques aléatoires pouvaient conditionner les stratégies matrimoniales (1972) on peut penser, qu'en amont, la mortalité infantile et la taille des familles (les deux d'ailleurs s'interférant: Benoit et Retel-Laurentin, 1979) puissent être en partie conditionnées aléatoirement. La naissance en premier d'un garçon, mais surtout sa survie peuvent être déterminante en ce qui concerne la fécondité de la famille et la mortalité des enfants suivants.

conditions

L'aléatoire ne prend son sens que par rapport aux/sociales de la reproduction démographique: par exemple s'est-on interrogé sur le fait de savoir s'il existait en pays Mossi une mortalité différentielle entre les filles, entre la fille aînée qui sera rendue à la famille d'origine de l'épouse et les autres filles?

Les conditions sociales qui peuvent modifier le statut de la femme et de l'enfant agissent souvent conjointement sur les phénomènes démographiques. Ainsi à Cuba on peut noter ces dernières années une stabilisation de la mortalité infantile (après une forte baisse) associée à une baisse de la fécondité et à une hausse des avortements (Mandigo et , 1981).

#### En manière de conclusion

L'appréhension de la nature véritable de la mortalité infantile, et de son évolution requiert plusieurs approches qui ne peuvent être exclusives les

des autres. Toutefois l'analyse au niveau de la dynamique interne du groupe domestique, de la place de l'enfant et de la femme dans ce groupe semble la plus riche d'enseignements. Elle permet d'identifier les individus les plus vulnérables en face de la morbidité et la mortalité, et de mieux situer les conditions d'accès aux services de santé et les conditions d'élevage des enfants (allaitement, nutrition, soins etc.), et mieux déceler ainsi les raisons de la stabilisation de la baisse de la mortalité infantile.

Les réflexions précédentes bien que reposant sur des observations empiriques, n'en demeurent pas moins une reconstruction de la mortalité par le démographe. Il peut évaluer la baisse de la mortalité et ses effets dans le temps, par contre, les individus qui constituent leur famille sur une durée de 20 ans, ne peuvent avoir la même perception rétrospective de cette baisse, même lorsqu'elle s'effectue sur un court intervalle de temps comme dans les pays du Tiers Monde. Ils ne perçoivent pas que les enfants meurent en moins grand nombre, tout au plus peuvent ils se rendre compte qu'il vivent plus longtemps. Comment une telle perception s'incrit-elle dans les théories démographiques?

México, Mai 1982.

## Références Bibliographiques

- ANCEY, G. 1975. "La monnaie mossi, un pouvoir non libérateur de règlement". In : Les mouvements de population Mossi. ORSTOM. Ministère du Travail de Haute-Volta.
- ARIES, P. 1971. "Histoire des populations françaises". Seuil. Coll. Point Histoire. Paris.
- ARIES, P. 1969. "L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime". Seuil. Paris.
- ARRIAGA, E.E. 1981. "The deceleration of the decline of mortality in LDCs : the case of Latin America". Congrès International de la Population. Manille. Dec. 1981. U.I.E.S.P.
- AZEFOR, M.N.A. 1981. "Counteracting forces in the continued decline of mortality in Africa". Congrès International de la Population. Manille, Dec. 1981. U/I/E/S/P/.
- BADINTER, E. 1980. "L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel". XVII. XX siècle. Flammarion. Paris.
- BEHM, H. 1979. "Socioeconomic 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.
- BENOIT, D. et RETEL-LAURENTIN, A. 1976. "Infant mortality and birth intervals". Population Studies, vol. No. 2.
- BOUILLIER, J.L. ; QUESNEL, A. et VAUGELADE, J. 1977. "Système socio-économique Mossi et migrations". Coll. ORSTOM, Sec. Sc. Hum., vol. No. 4.
- CALDWELL, J. 1978. "A Theory of fertility : from high plateau to destabilization". Population and Development Review, vol. 4, No. 4.
- 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. No. 3.
- CANTRELLE, P. et FERRY, B. 1978.
- CHARBIT, Y. et LERIDON, H. 1981. "Transition démographique et modernisation en Guadeloupe et en Martinique". Cahier INED No. 89. PUF.
- CHAUNU, P. 1979. "Un futur sans avenir". Histoire et population. Caleman Levy, Paris.

- CHESNAIS, J. C. 1981. "La hausse de la mortalité infantile en Union Soviétique". Population, No. 6., Nov-Dec, 1981.
- ERNY, P. 1972. "Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique Noire. Naissance et première enfance". Ed. L'école, Paris.
- FROMAGET, M. 1981. "Individuation et idée de mort. Essai d'anthropologie de l'imaginaire". Thèse doctorat d'état. Paris V. Sorbonne, 903 p.
- GERARD, H. ; GROSCLAUDE, A. et 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 Editions.
- LERNER, S. ; QUESNEL, A. ; SAAVEDRA, F. et GELLER, L. 1982. "Análisis de los datos del estudio de la población de la zona henequenera". Yucatan. Tome I-II, p. 417 Roneo.
- MENENDEZ, E.L., 1981. "Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatan". Ediciones de la Casa Chata, 13, Mexico.
- MEEGAMA, S. 1981. "The decline in mortality in Sri Lanka". In : historical perspective. Congrès International de la Population, Manille. December 1981, U.I.E.S.P.
- MUNDIGO, A. et LANDSTREET, B. 1982.
- PRESTON, S.H., 1978. "The effects of infant and child mortality on fertility". Academic Press, New-York.
- QUESNEL, A. et VIMARD, P. 1981. "Structures scolaires et d'activité : expression de reproductions sociales en économie de plantation". Dayes (Togo). Communication à la Chaire Quetelet pour le séminaire : Reproduction Démographique et Structures Sociales.
- QUESNEL, A. 1981. "Déplacements, changements sociaux économiques en économie de plantation. Le plateau de Dayes". (Togo). IDEP. ORSTOM.
- ROUSSEL, L. 1981. "L'exercice des fonctions parentales et leurs conséquences démographiques dans les sociétés industrielles". Congrès International de la population. Manille, Dec. 1981. U.I.E.S.P.
- SCRIMSHAW, S.C. 1980. "La mortalidad infantil y el comportamiento respecto a la regulación del tamaño de la familia". In : Estudios de población, número especial. Avril, 1980. ACEP. Bogota.
- SIVAMURTHY, M. 1981. "The deceleration of mortality decline in Asian countries". Congrès International de la Population. Manille, Dec. 1981. U.I.E.S.P.
- TABUTIN, O. 1980. "Problèmes de la transition démographique". Tom. I. CABAIN Louvain-la-Neuve.
- THOMAS, L.V. et LUNEAU, R. 1977. "Les sages dépossédés. Univers magnifique d'Afrique Noire". R. Laffont. Paris. Cités para Gérard et. al., (1979).
- VIMARD, P. 1980. "Nuptialité, fécondité et mortalité dans l'enfance en économie de plantation : le cas du plateau de Dayes". ORSTOM, IDP, Paris.