PARTIE II

LA BAISSE DE LA MORTALITÉ, AMORCE DE LA TRANSITION

5. Pauvreté et mortalité des enfants en milieu urbain marocain

Abdesselam Fazouane[1]

L'incidence de la pauvreté au Maroc est estimée à 13,1% de la population totale en 1991. La question abordée dans le présent chapitre est de voir comment certaines classes de la population urbaine marocaine, déterminées sur la base d'un indicateur de pauvreté, se différencient en ce qui concerne la mortalité des enfants. Nous cherchons aussi à clarifier la relation entre la mortalité des enfants et certaines variables nutritionnelles et de santé.

Pour cela, une méthodologie a été élaborée pour mesurer la pauvreté. Cette méthodologie est construite à partir de l'Enquête Nationale sur les Niveaux de Vie des Ménages (ENNVM 90-91) et l'Enquête de Panel sur la Population et la Santé (EPPS 95). La première enquête fournit des informations sur les niveaux de vie des ménages. La seconde nous renseigne, entre autres, sur la mortalité des enfants. La méthodologie élaborée est axée sur la satisfaction des besoins de base, à savoir l'alimentation, la santé, l'habitat, l'éducation et les biens durables. Nous avons opté pour une typologie qui découle des indicateurs de satisfaction de ces besoins.

L'analyse de la mortalité des enfants et des variables intermédiaires nous enseigne qu'au niveau du groupe des ménages défavorisés, la mortalité infantile et infanto-juvénile est plus élevée. Les âges moyens au sevrage et à l'introduction d'autres aliments sont tardifs. Le taux de vaccination contre la rougeole est bas. L'écart qui existe entre ce groupe et celui des ménages non défavorisés est non négligeable. On relève un dépassement de 53% pour la mortalité infantile et de 72% pour la mortalité infanto-juvénile. Les âges moyens au sevrage, à l'introduction de bouillie ou d'aliments solides et à la prise d'un autre lait que le lait maternel sont respectivement supérieurs de 47%, 15% et 150%. Le taux de possession d'une carte de vaccination est inférieur de 3%. Le taux de vaccination contre la rougeole est inférieur de 11%. Ces chiffres montrent qu'en milieu urbain, la persistance de la pauvreté ne fait qu'élargir le fossé existant entre les différentes couches en matière de nutrition et de santé et par conséquent en terme de mortalité des enfants.

Le Maroc a connu l'amorce de la transition de sa mortalité après la seconde guerre mondiale. Il s'agit d'une baisse régulière qui s'est manifestée il y a une cinquantaine d'années et qui eu comme conséquence le passage de l'espérance de vie à la naissance d'un niveau de 40 ans environ à près de 70 ans actuellement. Ce gain est le résultat des efforts déployés, surtout depuis l'Indépendance du pays en 1956, dans les domaines touchant le niveau de vie de la société. Effectivement, des changements notables ont été enregistrés dans les secteurs sanitaire, éducatif, social, etc. Néanmoins, le développement du Maroc s'est plus ou moins concentré dans certaines régions et plus particulièrement en milieu urbain (notamment dans certaines grandes villes).

1. Institut National de Statistique et d'Économie Appliquée (I.N.S.E.A., Rabat-Maroc).

Notre objectif est d'étudier la mortalité des enfants en association avec la pauvreté. La relation de la mortalité des enfants avec les variables intermédiaires sera aussi élucidée. Dans une première partie, nous présentons le cadre général de l'étude. Dans une seconde partie, nous traitons des différentes méthodologies de mesure de la pauvreté, de la mortalité et des variables intermédiaires. La dernière partie sera réservée aux résultats et discussions.

Cadre général

Vue d'ensemble

Au Maroc, une proportion non négligeable de la population demeure dans une situation de pauvreté, accompagnée d'une exclusion sociale et accentuée par un accès limité aux services sociaux et aux infrastructures de base. L'incidence de la pauvreté est estimée à 13,1% de la population totale en 1991. Ce taux est évalué à 7% pour le milieu urbain et 18% pour le milieu rural [5 et 6].

L'objectif principal des études qui ont déjà été menées sur ce sujet a été d'identifier les poches de pauvreté et les caractéristiques des ménages à haut risque. Nous nous fixons comme objectif d'analyser la mortalité, essentiellement celle des enfants, en relation avec la pauvreté. Un seuil de pauvreté a déjà été fixé. Il a été élaboré en privilégiant les éléments ayant un lien avec la satisfaction que procure la consommation des biens et services et en se basant sur les dépenses réelles de consommation.

Notre souci est de considérer la pauvreté en association avec la satisfaction des besoins essentiels, à savoir l'alimentation, la santé, l'habitat, l'éducation et les biens durables. A cet effet, nous utilisons de manière conjointe les données de l'Enquête Nationale sur le Niveau de Vie des Ménages de 1990-91 (ENNVM 90-91) et celles de l'Enquête de Panel sur la Population et la Santé de 1995 (EPPS 95). Le choix de ces deux enquêtes est dicté par le caractère assez récent de leurs données et par le fait que l'une rend compte du niveau de la pauvreté de la population et l'autre des variables démographiques. Un pont sera construit entre les deux phénomènes, pauvreté et mortalité des enfants, à travers un ensemble d'indices de satisfaction de besoins essentiels qui se trouvent être collectés par les deux enquêtes.

La relation entre pauvreté et mortalité des enfants

La mortalité, avec des indicateurs tels que l'espérance de vie à la naissance ou le quotient de mortalité infantile, constitue l'une des composantes de l'indice de la qualité physique de la vie. Ces indicateurs sont considérés comme des mesures centrales du bien-être social, bien plus que le revenu [11].

A cet égard, l'existence de variations aléatoires de la mortalité au niveau individuel nécessite une mesure agrégée de ce phénomène au niveau des différents groupes sociaux pour apprécier la pauvreté dans chacun des groupes. Or, de manière générale, l'identification des groupes sociaux se fait à partir de caractéristiques des ménages qui reflètent, en quelque sorte, d'autres aspects de la pauvreté. Il est donc évident qu'au niveau des groupes défavorisés, la mortalité est plus intense que pour les groupes aisés. Ainsi, l'espérance de vie à la naissance est susceptible d'illustrer d'importants aspects de la pauvreté. Il a même été suggéré qu'une décomposition

de l'espérance de vie à la naissance est plus efficiente pour apprécier la qualité de la vie. La décomposition s'opère selon les différentes phases de la vie, à savoir la scolarisation, l'activité, le chômage, les maladies, etc.

Sur la base de cet indicateur de l'espérance de vie à la naissance, il est souvent affirmé que le déclin de la mortalité au siècle passé, est dû au contrôle des maladies transmissibles et à l'extension des services de santé, qu'ils soient publics ou privés. Ce contrôle des maladies est associé au déclin de la pauvreté qui constitue alors une composante à côté du revenu et de la consommation. De plus, les différents niveaux de l'espérance de vie à la naissance selon les groupes sociaux, que l'on classe selon les revenus, le milieu de résidence ou le statut d'occupation de la terre cultivée, montrent à quel point l'interdépendance est forte entre la mortalité et les autres aspects de la pauvreté.

S'il n'y a aucun doute que le contrôle de certaines maladies transmissibles est dû à l'amélioration des services et des techniques de santé, les différences de mortalité reflètent néanmoins le degré de diffusion et d'extension de ces services et de ces techniques sanitaires. Les différences de mortalité sont donc dues à des facteurs en liaison étroite avec la pauvreté, autres que la technologie sanitaire. L'état nutritionnel, l'environnement hygiénique, le système de santé, le niveau d'instruction (celui des mères en particulier), sont donc des indicateurs qu'il nous faut prendre en compte.

La malnutrition est un facteur lié à la pauvreté et qui produit une mortalité élevée. En effet, la malnutrition peut être un manque de nourriture, ce qui est une cause directe de décès. Dans des situations extrêmes c'est une famine. Mais des effets additionnels sont à l'origine des décès, ceux associés entre autres aux manifestations d'épidémies ou à l'apparition de mouvements de réfugiés, etc. Dans ce genre de circonstances, le groupe des pauvres est la catégorie la plus vulnérable. La malnutrition est associée aussi parfois à un mauvais état sanitaire qui produit également une mortalité élevée. Les maladies diarrhéiques constituent la cause immédiate de décès la plus fréquente parmi les populations qui ont un niveau élevé de malnutrition. En fait, l'état nutritionnel des pauvres réduit leur résistance aux maladies et surtout aux maladies infectieuses. De même, la malnutrition de la mère se trouve positivement associée à la mortalité des enfants, essentiellement infantile [12].

Un mauvais environnement sanitaire crée également un lien entre la mortalité et la pauvreté. L'effet de ces variables est évident, surtout en terme de potentiel de transmission de maladies. Il est difficile par contre de quantifier et de séparer les effets de ces variables. Il est néanmoins intéressant de constater que le raccordement au réseau de distribution d'eau potable, et par conséquent l'utilisation de cette eau dans la vie quotidienne, a pour effet d'éviter un ensemble de maladies telles que la typhoïde, le choléra et les infections intestinales.

Le degré d'accessibilité aux services de soins et de santé relie la mortalité au système de santé. Ce degré est plus élevé chez les riches que chez les pauvres. Il se concrétise par la localisation de services sanitaires, par l'existence ou non d'infrastructures facilitant l'accès, par le système de connaissance, d'information et de contacts des services sanitaires ainsi que par les possibilités de paiement. La relation est d'autant plus établie s'il s'agit de services privés.

Enfin, à propos de l'éducation des mères, il est reconnu que la mortalité des enfants est négativement liée à l'éducation des mères, au moins au-delà d'un certain seuil.

L'éducation est souvent considérée comme la variable la plus puissante, même dans les modèles à plusieurs variables incluant le revenu et d'autres variables étroitement corrélées à l'éducation [13].

J.C. Caldwell et P. McDonald [3] ont suggéré dans ce sens que l'éducation, plus précisément la scolarisation à grande échelle, a comme rôle, dans cette action sur la mortalité, de rompre avec les tabous alimentaires et les pratiques sanitaires traditionnelles. L'éducation (surtout des mères), permet un équilibre au sein du ménage qui assure le renforcement de la position de la mère et à travers elle de celui de l'enfant.

En tout état de cause, il est difficile d'affirmer avec certitude si de la pauvreté et de la mortalité, l'une est la cause et l'autre la conséquence.

Les déterminants de la mortalité des enfants

La mortalité aux jeunes âges est un phénomène qui implique des facteurs de diverses dimensions, mais notamment des facteurs nutritionnels, sanitaires et socio-économiques. Ces facteurs sont tellement liés qu'il est difficile, même en adoptant des méthodologies évoluées, de séparer leurs effets propres. L'action de ces facteurs s'effectue par l'intermédiaire de variables proches, principalement, la malnutrition et l'exposition aux maladies infectieuses. Ces deux variables se renforcent pour provoquer la morbidité et par la suite la mortalité aux bas âges [2 et 8].

Dans toute politique sanitaire, des programmes de vaccination visent la prévention de la mortalité engendrée par certaines maladies. Le succès ou l'échec de tels programmes d'action sont en étroite liaison avec le développement de vaccins plus efficaces et avec la disponibilité d'équipements assurant la conservation et l'utilisation d'outils performants facilitant l'administration des vaccins. Ces aspects techniques sont importants, mais la persistance de taux élevés de mortalité des enfants dans certaines régions et au niveau de certains groupes sociaux, est associée de façon générale à la pauvreté. Pour qu'une action d'immunisation entraîne une baisse de la mortalité des enfants aux jeunes âges, elle doit donc être combinée avec une politique d'équité sociale visant la réduction, voire même l'élimination, de la malnutrition.

La pauvreté, comme source d'une mortalité élevée, se concrétise par l'existence d'un environnement non hygiénique, par une forte densité dans le cadre de vie quotidien, par un accès difficile au système éducatif et par la malnutrition. En fait, la pauvreté est associée à la non-satisfaction d'un ensemble de besoins essentiels pour la vie.

Les maladies infectieuses, telles que la tuberculose, la rougeole ou autres, trouvent en effet un champ favorable de développement et de mutations chez les enfants mal nourris. Les chercheurs, travaillant sur les données cliniques, expérimentales et épidémiologiques en liaison avec ce sujet, proposent comme cause immédiate l'action sur le système hormonal. Les maladies infectieuses se répandent par la contamination de l'air, de l'eau, du sol, de la peau et de l'alimentation et par le développement de facteurs de transmissions.

Par ailleurs, l'éducation, surtout celle des mères, est susceptible d'agir sur la survie des enfants. D'abord, elle permet à la femme d'assurer une certaine vigilance dans le cadre du suivi de la grossesse et pendant la période d'allaitement. Elle permet aussi de traverser convenablement certaines étapes critiques dans la vie d'un enfant, à savoir sa naissance, son sevrage et les maladies auxquelles il est exposé. L'éducation facilite en outre l'accès aux informations sur l'hygiène, sur les soins modernes, sur les

méthodes de planification familiale, sur les régimes alimentaires adéquats et ceux à éviter, etc. Le rôle de l'éducation est donc de pousser la femme à se détacher du mode de pensée et de vie traditionnelle et à s'ouvrir sur d'autres modes de vie.

Importance des variables de nutrition et de santé

Les variables nutritionnelles constituent l'ensemble des éléments relatifs à l'état nutritionnel de l'enfant ou à celui de sa mère durant la grossesse et pendant la période d'allaitement maternel. L'état nutritionnel de l'enfant est marqué par le type d'allaitement que l'enfant a subi dans sa petite enfance, par la durée d'allaitement, et par les différents aliments qu'on donne à l'enfant en plus du lait maternel.

Les variables sanitaires sont multiples et se situent à différents niveaux. Nous citons à titre d'exemple la politique sanitaire, les conditions hygiéniques qui prévalent dans la maison (système d'évacuation, raccordement au réseau d'eau potable, densité du logement, etc.) et le système de soins de santé curatifs et préventifs (existence de services, facilité d'accès, efficacité quand l'individu y a recours et coût des soins subis).

Plusieurs éléments sont évoqués pour justifier la prise en compte des variables nutritionnelles dans l'analyse de la mortalité des enfants. En premier lieu, l'allaitement maternel permet à l'enfant de se procurer les anticorps nécessaires à sa protection contre les maladies infectieuses. Si le sevrage intervient à un âge précoce et si la nourriture donnée à l'enfant est déséquilibrée sur les plans quantitatif et qualitatif, l'enfant se trouve dans un état de malnutrition qui le rend vulnérable aux infections, et cela d'autant plus que les conditions d'hygiène dans lesquelles l'enfant grandit sont mauvaises.

En second lieu, l'état nutritionnel de la mère a un effet sur la survie des enfants par le poids des enfants à la naissance et par l'offre de lait chez la mère. Si la mère a souffert durant son enfance d'une malnutrition chronique, elle a plus de risque de donner naissance à des enfants fragiles et de poids faibles. Le même phénomène se produit si la mère connaît un déséquilibre alimentaire pendant la durée de la grossesse. Les enfants allaités au sein sont moins exposés au risque de décès que les enfants allaités de manière artificielle. La durée et l'intensité de cet allaitement sont en effet positivement corrélées à la survie des enfants. L'état nutritionnel de l'enfant détermine en général sa capacité de résistance aux différentes infections et la malnutrition affecte les mécanismes de défense contre ce type de maladies. La malnutrition peut donc constituer la cause immédiate ou la cause associée du décès d'un enfant.

L'influence des variables sanitaires sur la mortalité des enfants est aussi intéressante. La vaccination est ainsi l'une des variables sanitaires principales qui ont contribué à l'amélioration de la survie des enfants. La vaccination protège l'enfant d'un certain nombre de maladies parasitaires et infectieuses, telles que la rougeole, le tétanos, la diphtérie, la coqueluche, la poliomyélite et la tuberculose. La vaccination contre la rougeole a permis la réduction de la mortalité avant l'âge de 5 ans.

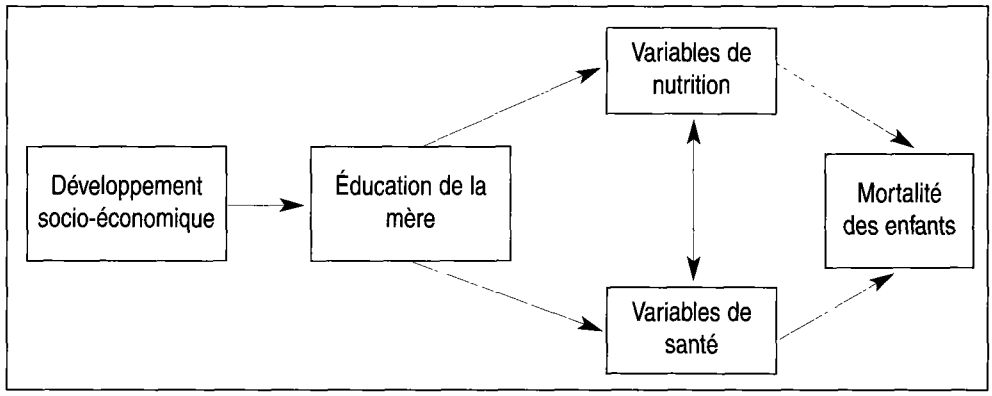
La disponibilité des services sanitaires affecte quant à elle les niveaux de la mortalité, et l'instruction des mères en est un des déterminants indirects les plus évidents. Une mère instruite devient moins passive ; elle se détache des traditions qui conduisent généralement à des comportements fatalistes envers les maladies ; elle devient plus apte à adopter les comportements modernes quant aux soins à procurer aux enfants, qu'ils soient préventifs comme la vaccination ou curatifs comme la réhy-

dratation. L'instruction de la mère lui permet en outre de participer à la prise de décision au sein de la famille et d'accéder à un emploi plus rémunérateur et moins pénible.

Les maladies parasitaires et infectieuses, non prévenues par la vaccination, s'associent à la malnutrition pour entraîner le décès des enfants aux âges les plus bas. La malnutrition est aussi liée à des facteurs d'ordre socio-économique dans la mesure où le revenu du ménage ne permet pas l'accès à une alimentation suffisante et équilibrée. Elle est aussi associée à des facteurs d'ordre culturel dans la mesure où l'on interdit aux enfants des aliments nécessaires à une croissance saine. La malnutrition peut aussi être le résultat d'un sevrage brutal, qu'il soit précoce ou tardif et d'une administration de suppléments inadéquats à un moment où le corps de l'enfant est encore fragile [9].

L'analyse précédente peut être résumée dans le schéma simplifié suivant (Fig. 1).

Figure 1 : Cadre conceptuel simplifié de l'approche de la mortalité des enfants



Méthodologie

Approche de la pauvreté

La pauvreté est un concept qui englobe des éléments disparates tels que le revenu, l'activité, le niveau culturel, les habitudes de consommation, le patrimoine, etc. Elle est variable dans le temps et dans l'espace. Malgré ce caractère multidimensionnel, on a généralement eu recours pour la mesurer aux enquêtes portant sur les dépenses de consommation des ménages comme l'enquête sur la consommation et les dépenses 1984-85 ou l'enquête sur le niveau de vie des ménages 1990-91. Dans ce cas, la variable monétaire « dépenses de consommation » fournit une mesure du niveau de vie. Il s'agit cependant d'une mesure imparfaite qui ne donne qu'une évaluation approximative [10].

Par ailleurs, et dans l'approche statistico-économique de la pauvreté, la fixation d'un seuil est arbitraire et affecte les résultats de l'identification des pauvres. De plus, l'assimilation des notions de consommations et de revenus n'est pas totalement justifiée. Il y a toujours une part de subjectivité dans la fixation du seuil de pauvreté, et ce malgré le recours à la notion standard de besoins énergétiques [4].

Nous proposons alors une approche de la pauvreté par la satisfaction des besoins essentiels que sont l'alimentation, la santé, l'habitat, l'éducation et les biens durables [1]. Pour chacun de ces besoins, un choix d'indicateurs a été opéré selon leur disponibilité dans les deux enquêtes (ENNVM, 1990-91 ; EPPS, 1995). Ensuite, des seuils ont été fixés pour chaque indicateur par milieu de résidence, afin de distinguer dans chaque cas deux sous-populations, l'une défavorisée et l'autre non défavorisée.

Cette approche paraît bien adaptée au milieu urbain, mais n'est guère appropriée au milieu rural où l'offre est généralement inexistante. Nous limiterons en conséquence notre analyse au milieu urbain.

En ce qui concerne les besoins alimentaires, c'est le ratio alimentaire ou ce qu'on appelle aussi le coefficient budgétaire alimentaire qui a été choisi. L'hypothèse à la base du choix de cet indicateur est que les ménages pauvres dépensent une proportion plus grande de leurs budgets en produits alimentaires que les ménages riches. En ayant recours aux coefficients budgétaires alimentaires par classe de dépenses, tels qu'ils sont donnés par l'enquête ENNVM 1990-91, deux seuils ont été retenus. Pour le milieu urbain, les ménages dépensant plus de 55% de leur budget dans les produits alimentaires, sont défavorisés. Ce seuil est de 65% pour le milieu rural.

Parmi les nombreux indicateurs mesurant les besoins sanitaires (la disponibilité des services de santé, leur localisation par rapport à la résidence du ménage, les coûts engendrés par les soins de santé, le suivi de la grossesse, l'accouchement assisté par une équipe médicale ou paramédicale, la couverture des individus par un système de prévoyance et de sécurité sociale ou par un système d'assurance maladie), ce sont les conditions d'accès aux infrastructures de santé (dispensaires et hôpitaux publics) qui ont été retenues pour approcher la pauvreté des ménages et particulièrement l'éloignement des logements de ces derniers des centres hospitaliers. Cet éloignement est matérialisé par la durée que prend le trajet entre le logement et le centre de santé public le plus proche. Sur la base des données de l'enquête ENNVM 1990-91, on a considéré comme défavorisée face aux soins de santé, toute personne qui passe plus de trente minutes en milieu urbain ou soixante minutes en milieu rural pour se rendre à un centre public de santé.

Les indicateurs concernant les besoins d'habitat, sont multiples (le statut d'occupation du logement par le ménage, la qualité de vie en terme de salubrité du logement, etc.). La salubrité du logement est l'indicateur que nous avons retenu en milieu urbain : celui qui habite un logement constitué d'une seule chambre ou n'ayant pas un raccordement au réseau d'eau potable ou ne disposant pas d'électricité, est considéré comme défavorisé. En milieu rural, c'est la nature du toit du logement qui est retenue comme indicateur, en distinguant ceux qui ont une dalle de ceux qui n'en ont pas.

Concernant les besoins éducatifs, on a retenu que les ménages dépensant moins d'un certain montant par personne et par an en matière d'éducation sont des ménages défavorisés. Il s'agit de moins de 60 dirhams en milieu urbain et de moins de 30 dirhams en milieu rural.

En ce qui concerne les besoins en biens durables, la qualité de vie est meilleure si le ménage possède un ensemble de biens qui lui procurent un service et un confort moral et physique : disposer d'un moyen de transport facilite beaucoup de choses ; de même, disposer d'un poste de radio ou de télévision facilite l'accès à l'information et l'ouverture au monde. La possession d'un autre bien durable ne fera qu'aug-

menter les indices de niveau de vie. Dans notre contexte, nous nous sommes limités à la possession d'un poste de télévision pour considérer un ménage comme non défavorisé.

Nous avons ensuite procédé à la constitution d'une typologie de satisfactions de besoins essentiels. Quatre sous-ensembles nous semblent pertinents [7], qui forment une partition de l'ensemble des ménages. Il s'agit de :

- S_1 : le sous-ensemble des ménages *défavorisés* selon le critère alimentaire et au moins un des critères de santé, d'habitat, d'éducation et de biens durables ;
- S_2 : le sous ensemble des ménages défavorisés selon au moins un des critères de santé, d'habitat, d'éducation et de biens durables et non défavorisés selon le critère alimentaire ;
- S_3 : le sous-ensemble des ménages *défavorisés* selon le critère alimentaire et non défavorisés selon aucun des critères de santé, ni d'habitat, ni d'éducation ni de biens durables ;
- S4 : le sous-ensemble des ménages *non défavorisés* selon aucun des critères d'alimentation ni de santé ni d'habitat ni d'éducation ni de biens durables.

Tableau 1 : Les quatre sous-ensembles

		Autres critères		
		Non défavorisés	Défavorisés	Total
Critères d'alimentation	Non défavorisés	S_4	S_2	$S_2 + S_4$
	Défavorisés	S_3	S_1	$S_3 + S_1$
	Total	$S_3 + S_4$	$S_1 + S_2$	$S_1 + S_2 + S_3 + S_4$

Tableau 2 : Part de chaque sous ensemble de ménages selon le milieu de résidence (en %)

Sous-ensemble	Urbain	Rural
S_1	8,9	27,5
S_2	37,2	65,6
S_3	10,7	1,5
S_4	43,2	5,4
Total	100,0	100,0
Nombre de ménages	1340	1411

Mesures concernant la mortalité des enfants et les variables intermédiaires

Une fois cette typologie des ménages basée sur la satisfaction des besoins essentiels établie, nous pouvons comparer la mortalité des enfants au niveau des sous-ensembles associés à la pauvreté. Les sous-ensembles que nous avons retenus sont issus de la combinaison de la satisfaction des besoins alimentaire et non alimentaire. L'analyse que nous entreprenons tient compte du phénomène objet de notre ana-

lyse qu'est la mortalité des enfants et de certains éléments explicatifs qualifiés aussi de variables proches de la mortalité des enfants.

Les variables que nous avons privilégiées concernent quatre domaines : la mortalité, la nutrition, la santé et l'éducation. Concernant la mortalité, deux indices ont été retenus. Il s'agit du quotient de mortalité infantile et du quotient de mortalité infanto-juvénile. Ces deux quotients ont été calculés sur la base des naissances survenues entre 1970 et 1995. Vu que le décès est un événement relativement rare, l'extension à cet intervalle d'amplitude 25 ans est effectuée dans le but d'améliorer la représentativité des naissances et des décès. Ces indices représentent alors des moyennes sur la période de 25 ans. En ce qui concerne la nutrition, six variables ont été retenues. Il s'agit du pourcentage d'enfants allaités au sein et les âges moyens au sevrage, à la première prise de l'eau, à la prise d'un autre liquide, à l'alimentation par de la nourriture solide ou bouillie et à la prise d'un lait autre que le lait maternel. Quant aux variables de santé, nous avons retenu le pourcentage d'enfants pour lesquels une carte de vaccination est établie ainsi que les pourcentages d'enfants ayant subi les vaccins BCG, polio (au moins une fois) et rougeole. Enfin, pour l'éducation des mères, nous avons retenu les pourcentages de femmes ayant le niveau primaire et de celles ayant le niveau supérieur.

Nous devons nous attendre à ce qu'un groupe défavorisé qui présente une forte vulnérabilité à la pauvreté, soit caractérisé par des quotients élevés en ce qui concerne la mortalité infantile et infanto-juvénile. Ce niveau élevé de la mortalité devrait s'accompagner d'un allaitement maternel plus intense, puisque la sous-nutrition prolonge l'allaitement au sein. De même, les âges moyens à la première prise de l'eau, d'un autre liquide, d'un solide ou bouillie et d'un lait autre que le lait maternel devraient être plus précoces chez le sous-ensemble des non défavorisés. Ce dernier devrait présenter des enfants munis de cartes de vaccination et ayant subi les vaccinations contre le BCG, la polio et la rougeole en proportion plus élevée que dans la catégorie des défavorisés. Enfin, le sous-ensemble des non défavorisés devrait être caractérisé par un grand nombre de femmes ayant atteint le niveau supérieur et peu n'ayant atteint que le niveau primaire.

Résultats et discussion : comparaison des comportements

Le tableau 2 présente une comparaison des comportements des quatre sous-populations S_1, S_2, S_3 et S_4 que nous avons précédemment définies. En ce qui concerne la mortalité des enfants, le sous-ensemble des défavorisés sur tous les plans (S_1), présente des quotients de mortalité infantile et infanto-juvénile qui dépassent systématiquement ceux des trois autres ensembles et notamment ceux du sous-ensemble des non défavorisés (S_4) (respectivement de 53 et 72%).

D'une façon générale, le sous-ensemble des ménages non défavorisés (S_4), présente des indicateurs systématiquement plus favorables que ceux de S_1 : allaitement relativement moins intense (part inférieure de 1%) ; âge au sevrage, à la prise de l'eau, à la prise d'un autre liquide, à la prise d'un solide ou bouillie et à la prise d'un autre lait que le lait maternel, inférieurs respectivement de 32, 45, 2, 11 et 60% ; part des enfants disposant d'une carte de vaccination supérieure de 3% ; pourcentage des enfants vaccinés contre la rougeole supérieur de 13% ; part des femmes ayant le

niveau primaire inférieur de 30% et part de celles ayant le niveau supérieur plus élevé de 27%.

Tableau 3 : Mortalité des enfants, variables de santé, de nutrition et d'éducation au niveau des quatre sous-ensembles (milieu urbain)

Caractéristiques	S_1	S_2	S_3	S_4
Mortalité infantile (‰)	81,1	59,6	54,5	53,0
Mortalité infanto-juvénile (‰)	110,6	78,3	63,6	64,2
Proportion d'enfants allaités au sein (%)	94,3	93,4	88,5	93,5
Age moyen au sevrage (mois)	11,9	9,1	10,2	8,1
Age moyen à la prise d'eau (mois)	5,6	1,7	2,4	3,1
Age moyen à la prise d'un autre liquide (mois)	9,0	8,9	8,2	8,8
Age moyen à la prise d'un solide ou bouillie (mois)	15,1	14,4	19,2	13,5
Age moyen à la prise d'un autre lait que le lait maternel (mois)	23,9	17,3	13,3	9,6
Proportion d'enfants possédant une carte de vaccination (%)	88,6	90,7	92,0	90,9
Proportion d'enfants ayant subi le BCG (%)	100,0	100,0	100,0	100,0
Proportion d'enfants ayant subi le vaccin contre la polio (au moins une fois) (%)	100,0	98,1	100,0	92,7
Proportion d'enfants ayant subi le vaccin contre la rougeole (%)	84,2	88,7	91,7	95,1
Proportion de femmes ayant le niveau primaire (%)	40,8	41,2	33,2	28,4
Proportion de femmes ayant le niveau supérieur (%)	9,2	8,3	10,9	11,7

Il s'avère alors que le classement des quatre sous-ensembles selon le niveau de mortalité des enfants montre que la pauvreté est beaucoup plus liée à la non-satisfaction des besoins non alimentaires. La relation est conforme aux idées théoriques discutées auparavant. En effet, le sous-ensemble qui présente la mortalité la plus intense est celui qui est défavorisé au vu de l'ensemble des critères alimentaire et non alimentaire, à savoir S_1. Celui qui est le moins vulnérable entre S_2 et S_3, c'est S_3 qui est défavorisé par rapport au seul critère alimentaire.

*

* *

Nous avons essayé d'analyser la mortalité des enfants en liaison avec le phénomène de la pauvreté. Un tel phénomène était auparavant mesuré sur la base de variables ayant trait à la consommation des biens et des services. Le seuil fixé pour distinguer les pauvres des non pauvres est associé aux dépenses de consommation. Pour notre part, nous approchons la pauvreté par la satisfaction des besoins essentiels. Ces besoins sont associés à l'alimentation, l'habitat, la santé, l'éducation et les biens durables.

Une fois la classification des ménages selon ces critères alimentaires et non alimentaires est opérée, l'analyse des différences de niveaux de mortalité des enfants est effectuée. Une telle analyse est accompagnée de la recherche de relations existantes entre la mortalité des enfants et les variables intermédiaires telles que les facteurs de santé et de nutrition des enfants ainsi que les variables d'éducation des mères.

Le milieu urbain présente ainsi une concordance quasi-parfaite avec les éléments théoriques et les hypothèses de base. La mortalité des enfants est plus élevée pour les sous-ensembles les plus démunis sur le plan de la satisfaction des besoins essentiels. Les sous-ensembles des ménages non défavorisés présentent, généralement, un allaitement moins intense, des âges plus précoces à la nutrition complémentaire (eau, autre liquide, solide ou bouillie et lait autre que le lait maternel), des enfants disposant de cartes de vaccination à un taux plus élevé et une vaccination plus effective contre la rougeole, en particulier. La population féminine de ce sous-ensemble est aussi plus instruite que les autres.

Bibliographie

1. ABDELKHALEK T., 1999, La pauvreté au Maroc : une approche basée sur la satisfaction des besoins de base, in INSEA, *Pauvreté, satisfaction des besoins essentiels et variables démographiques au Maroc*, Rabat, p. 59-98.
2. ADNANE B., 1997, La mortalité au Maghreb : une analyse comparative des tendances et déterminants, *Mémoire I.S.D.*, INSEA, Rabat, 100 p.
3. CALDWELL J.C. et MCDONALD P., 1981, Influence of maternal education on infant and child mortality : levels and causes, *International Population Conference*, UIESP, Manila, Vol. 2, p. 79-96.
4. CERED, 1997, *Population Vulnérable : Profil socio-démographique et répartition spatiale*, CERED, Rabat, 316 p.
5. DIRECTION DE LA STATISTIQUE, 1992, *Niveau de vie des ménages 1990-91*, Rapport de synthèse, Vol. 1, Rabat.
6. DIRECTION DE LA STATISTIQUE, 1993, *Niveau de vie des ménages 1990-91*, Répartition des niveaux de vie, Vol. 2, Rabat.
7. FAZOUANE A., 1999, Pauvreté, satisfaction des besoins essentiels et mortalité des enfants, in Insea, *Pauvreté, satisfaction des besoins essentiels et variables démographiques au Maroc*, Rabat, p. 125-148.
8. LOUDGHIRI K., 1993, L'impact des conditions sanitaires et nutritionnelles sur la mortalité des enfants au Maroc, *Mémoire I.S.D.*, INSEA, Rabat, 181 p.
9. MOSLEY W.H. et CHEN L., 1984, An analytical framework for the study of child survival in developing countries, *Population and Development Review*, Vol. 10, Supplement, p. 25-45.
10. RAVALLION M., 1996, *Comparaisons de la pauvreté : concepts et méthodes, Étude sur la mesure des niveaux de vie*, Document de travail n° 122, 162 p.
11. ROOGERS G., 1984, *Poverty and Population : Approaches and Evidence*, International Labour Office, Geneva, 213 p.
12. VALLIN J. et LOPEZ A.D., *Eds.*, 1985, *Health Policy, Social Policy and Mortality Prospects*, INED, IUSSP, Ordina Editions, Belgique, 558 p.
13. YAAKOUBD A., 1989, Mortalité des enfants et inégalités sociales : le Maroc des années 1970, *Thèse de Doctorat, Institut de Démographie*, UCL, Belgique, 222 p.

6. Entraves culturelles à la transition de la mortalité des enfants en Turquie[1]

Youssef Courbage[2]

La Turquie est un pays inclassable en raison de sa mortalité infantile qui a été et continue à être très élevée alors que les indicateurs socio-économiques et la fécondité auraient présagé une meilleure survie. La modernisation rapide de la Turquie depuis trois décennies, que l'on aurait pu croire plus favorable au sort de l'enfant, n'a pas rempli tous les espoirs. Le stress engendré par la croissance économique et la forte participation féminine a peut-être empêché les femmes de prêter une attention suffisante à l'enfant. Mais les traditions ottomane puis républicaine n'ont pas contribué à une valorisation suffisante de l'enfant. Le recours à des sources non conventionnelles comme l'ethnologie, la littérature et le cinéma permettent de donner une image de l'atmosphère culturelle dans laquelle baignent les mères, les pères et les familles d'enfants décédés. Les changements de mentalités, trop lents en ce qui concerne l'enfance, n'ont pas encore rattrapé la transition de la fécondité. Un taux de mortalité infantile de 53 pour mille accompagnant une fécondité à peine supérieure à 2, est une configuration qui se rencontre difficilement ailleurs.

La mortalité des enfants de Turquie, avec un taux de mortalité infantile dépassant 50‰ au début de la décennie, reste une énigme [4]. Depuis qu'on peut la mesurer, elle s'est toujours située très haut [10]. L'existence de maladies infantiles spécifiques à l'état endémique, les variations climatiques, du froid le plus rigoureux à la chaleur la plus torride, l'efficacité des soins médicaux ou encore les écarts régionaux de développement, furent avancées comme explications, sans succès. Pourtant, la Turquie a cessé d'être un pays « en voie de développement ». Le taux d'analphabétisme est faible pour les hommes, assez bas pour les femmes. La scolarisation est généralisée dans le primaire et assez intense dans le secondaire. La couverture sanitaire est correcte. Les indicateurs de fécondité sont favorables : l'indice de fécondité de 2,3 dénote une transition presque achevée [7]. Cependant, cette modernisation à un rythme record n'a peut-être pas été suffisamment digérée par le corps social.

Les déterminants directs et socio-économiques de la mortalité des enfants ont été analysés. Mais les modalités de l'action de ces variables sur le niveau de la mortalité n'ont pas été éclaircies. En outre, l'articulation de ces variables aux attitudes et pratiques culturelles ainsi qu'aux politiques et aux idéologies, demeure inexpliquée. L'environnement social non matériel est peut être un champ d'investigation plus prometteur. Or, la mortalité des enfants est un révélateur, aussi silencieux que signi-

1. Cette communication a été conçue à partir de [8].
2. INED, Paris.

ficatif, des styles de vie, de la valeur relative accordée aux sexes et aux âges de la vie, ainsi que des normes culturelles régissant l'équilibre des pouvoirs entre générations. L'idée est donc de cerner une atmosphère culturelle autour de l'enfant et de la mort. Outre les relevés ethnographiques, nous nous sommes servis de films, de textes de théâtre, en cherchant les thèmes sur la mort de l'enfant.

La surmortalité turque dans l'environnement régional

En une génération, la mortalité infantile turque a été réduite au quart, de 200 à 53‰ au début de cette décennie. Ces progrès certains sont-ils pour autant suffisants ?

Le schéma de mortalité se rapprochait du modèle Est de A. Coale et P. Demeny [5] : forte mortalité infantile chez les moins de 5 ans, surreprésentée dans la mortalité à tous âges. A cela s'ajoute un taux élevé de mortinatalité : 20 pour mille naissances vivantes en 1988-92, qui suggère des faux mort-nés. La mortalité fœtale [23] est très forte (166‰). Il existe une préférence avérée pour les garçons. Les femmes désiraient en moyenne 0,82 garçons supplémentaires mais seulement 0,64 filles en 1988 [36]. En corrollaire, la mortalité féminine a toujours été anormalement élevée par rapport aux standards [21] et récemment, le désavantage des fillettes s'est alourdi. En 1993, la surmortalité féminine était en excédent de 15% avant 1 an et de 22% à 1-4 ans : 10 000 filles de plus que les garçons mouraient tous les ans, alors que la mortalité des garçons est elle aussi très élevée.

On peut examiner ici ces performances de la Turquie par rapport aux pays frontaliers et à d'autres qui furent en forte interaction politique et culturelle avec elle, du fait de l'appartenance à l'Empire Ottoman. A l'exception du Turkménistan, la mortalité infantile de la Turquie est plus forte que celle des voisins. En Europe balkanique et à Chypre, la mortalité infantile moyenne de 20‰, est d'un tiers environ de celle de la Turquie. Le Moyen-Orient arabe (35‰) et l'Iran (32‰) se distinguent par leurs meilleures performances. Au Caucase et en Asie centrale (37‰), la mortalité infantile est d'un tiers inférieure. La Turquie ressort bien comme un espace particulier. Les mauvaises performances se rencontrent dans l'ex-URSS, en Bulgarie et en Roumanie. Mais, les pays arabes du Moyen-Orient et l'Iran surtout, réduisent leur mortalité infantile mieux que la Turquie. La forte mortalité infantile turque témoigne d'une certaine permanence dans le temps. Par ses caractéristiques démographiques et socio-économiques, la Turquie n'est pourtant pas mal placée.

Caractéristiques démographiques et socio-économiques

Facteurs démographiques

La résidence en milieu urbain est un atout pour la survie de l'enfant. La Turquie, avec une population urbaine de 67%, est bien placée. Elle dépasse à cet égard l'Europe balkanique (58%), l'Iran (59%), le Caucase et l'Asie centrale (51%) et se retrouve presque à égalité avec le Moyen-Orient arabe (71%), beaucoup moins favorisé par ce facteur aggravant de la mortalité infantile, la fécondité élevée. Elle y atteint 4,60 enfants par femme, soit deux enfants de plus qu'en Turquie (2,65), où la fécondité est aussi plus basse qu'en Iran (3,26) et que dans les pays du Caucase et de l'Asie centrale (3,09).

Niveau de vie

Le produit intérieur brut *per capita* en Turquie était en 1996 de 7 843 dollars, en parité de pouvoir d'achat. Peu de pays se situent aussi haut, à l'exception de la Grèce (12 195$) et de l'Arabie saoudite (10 684$), parmi les pays suffisamment peuplés. Le niveau de vie turc est plus élevé qu'en Europe balkanique (sauf en Grèce), que dans les pays arabes du Caucase ou que chez les Turcophones d'Asie. Même l'Iran a un niveau de vie plus bas.

Niveau d'instruction

L'éradication de l'analphabétisme est encore incomplète en Turquie, où l'on recense 8,3% d'analphabètes chez les hommes de 10 ans et plus et surtout 27,6% chez les femmes. Le taux brut de scolarisation dans l'enseignement secondaire est encore de 61%. Mais aussi imparfait qu'il soit, le système d'enseignement turc reste plus performant qu'au Moyen-Orient arabe et en Iran. L'analphabétisme masculin arabe (18,9%) ou iranien (21,6%) est deux fois plus élevé qu'en Turquie Les femmes turques sont moins analphabètes que les Arabes (37,7%) et les Iraniennes (34,2%). Le niveau secondaire est plus fréquemment atteint en Turquie qu'au Moyen-Orient arabe (45%), un peu moins qu'en Iran (66%).

Services de santé

Le niveau élevé de la mortalité des enfants ne s'explique pas par la sous-médicalisation. S'il est vrai qu'en termes de nombre de personnes par médecin, la Turquie est moins bien placée que ses voisins européens du Caucase et d'Asie centrale, avec un médecin pour 976 habitants, elle est relativement plus médicalisée que le Moyen-Orient arabe (1 128) et l'Iran surtout, où la densité médicale est trois fois plus basse qu'en Turquie. Pour l'accès aux soins de santé, à l'eau potable et à l'évacuation des eaux usées, la Turquie est proche des pays européens, mieux placée que le Moyen-Orient arabe et que l'Iran surtout, où les soins de santé ne couvrent que 73% de la population contre 100% en Turquie. Le pourcentage de naissances assistées par un personnel médical atteint 78%. Dans ces conditions, les performances turques en matière de vaccination sont déconcertantes. Le taux de couverture par les soins de santé s'accompagne normalement d'une couverture vaccinale voisine. En Iran, elle est même largement supérieure (95 à 97% d'enfants vaccinés pour 78% de population couverte par les soins de santé). En Turquie, 25% des enfants ne sont pas vaccinés contre la rougeole et 14% contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos. Près d'un tiers des enfants n'ont pas reçu l'ensemble des vaccins recommandés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Pour ceux qui ont été vaccinés, un tiers n'a reçu le vaccin qu'après 12 mois, ce qui réduit son efficacité. L'abandon est élevé pour les vaccins multiples (DCT et Polio).

En résumé, les indicateurs devraient situer la Turquie à un niveau enviable de survie des enfants dans la région. La seule exception est la vaccination encore imparfaite, qui pourrait rendre compte de la mortalité élevée. La demande des parents pour vacciner leurs enfants est en deçà des potentialités offertes par le système. Un chiffre illustre ce déséquilibre. Parmi les femmes turques instruites dans le secondaire ou le supérieur, celles qui ont laissé leur enfant sans vaccination sont 16%, soit plus d'un enfant sur 6. Négligence ou autres raisons ? Mais, aussi important qu'il puisse être, ce déficit de vaccination par rapport aux pays arabes et à l'Iran, de

l'ordre de 20% pour la rougeole et de 11% pour la DCT, ne peut justifier d'une mortalité infantile plus forte de 50 à 60%.

Comparaison avec la Syrie

La comparaison est pertinente : histoire commune des deux pays (1516-1918), proximité aux plans géographique, climatique, religieux, etc. Enfin, l'enquête syrienne [28] a été réalisée la même année que l'enquête démographique et de santé (EDS) de Turquie et la qualité des données est bonne.

Malgré une accélération de la baisse de la mortalité des enfants de moins de 5 ans en Turquie, réduite de moitié en 10 ans, son niveau est sensiblement plus fort qu'en Syrie : 46% de plus entre 0 et 5 ans. En période post-néonatale, de 1 mois et jusqu'à 1 an, la surmortalité turque atteint 41%, et 19% pour la période juvénile. On peut voir ici un certain effet de la vaccination, d'intensité variable entre les deux pays. En Syrie, 87% des enfants de moins de 5 ans disposent d'un carnet de santé (comportant l'échéancier des vaccinations), tandis qu'en Turquie, cette proportion tombe à 42%. Si 64,7% des enfants turcs de 12 à 23 mois ont reçu l'ensemble des vaccins, 73% des Syriens du même âge en ont bénéficié. C'est durant la période néonatale (avant 1 mois, âge où la vaccination ne joue presque pas sur la mortalité), que le désavantage de la Turquie est le plus prononcé : 62% de surmortalité.

La mortalité des enfants de Turquie au sein des catégories socio-économiques privilégiées est toujours plus mauvaise que celle des catégories syriennes moins nanties. La mortalité infanto-juvénile est d'un quart plus élevée chez les citadins de Turquie (51‰) que chez les ruraux de Syrie (41‰). La seule exception apparaît au cours de la période post-néonatale (14 contre 17‰). Plus déroutant encore est le rôle de l'éducation de la mère souvent présenté comme la voie royale de la survie des enfants. Or la femme éduquée en Turquie a 51‰ de risque de voir son enfant mourir avant 5 ans, 25% de plus que la Syrienne analphabète, pour laquelle le risque est de 41‰.

Même s'ils sont nés dans des conditions optimales d'âge de la mère, c'est-à-dire entre 20 et 29 ans, les enfants turcs encourent de plus forts risques de décéder (68‰) que les Syriens nés dans des circonstances moins propices, de mères très jeunes (41‰) ou très âgées (60‰). Concernant le rang de naissance, les enfants de rang 2 ou 3 sont peut-être moins vulnérables en Turquie (61‰ de risque de décès), que ceux de rang inférieur ou supérieur, mais leur probabilité de décéder est plus forte que celle des Syriens de rang 1 (35‰) ou 4 et plus (44‰). Seuls les intervalles entre naissances admettent une entorse : un espacement de 4 ans et plus fait baisser la mortalité avant 5 ans en Turquie à 39‰ ; un espacement de moins de 2 ans engendre une mortalité plus élevée en Turquie qu'en Syrie.

La résidence régionale discrimine peu la mortalité des enfants en Turquie : 70‰ dans l'Est réputé pour son faible niveau de développement, mais pas tellement moins à l'Ouest (48‰) qui englobe les régions les plus riches. Une forte dissociation apparaît entre la mortalité des enfants et la fécondité qui est, en revanche, de 4,4 enfants par femme à l'Est et de 2 à l'Ouest. L'accès aux soins prénataux et l'assistance médicale en cours d'accouchement a un impact assez faible sur la mortalité avant 5 ans.

La moindre mortalité des enfants de Syrie n'est pas due à une plus forte médicalisation de la grossesse et de la naissance. En 1993, 63% des femmes turques bénéfi-

ciaient d'un suivi pendant leur grossesse ; elles sont 54% en Syrie. Soixante quatre pour cent de ces dernières ont accouché à domicile, contre 40% de Turques. Durant l'accouchement, les accoucheuses traditionnelles étaient présentes dans 20% des cas en Syrie contre 13% en Turquie. Le vaccin antitétanique n'a été administré qu'à 19% de Syriennes contre 43% de Turques. La politique de santé en Syrie témoigne d'un décalage significatif entre la volonté politique et les réalités du terrain. Aussi précaires que soient ses soins de santé primaire (SSP), la Turquie ne soutient pas la comparaison avec la Syrie, où le programme des SSP ne remonte qu'à 1992 [9][3].

Tableau 1 : Cas où la mortalité des enfants des catégories supérieures en Turquie est plus élevée que celles des catégories inférieures en Syrie

Mortalité / Catégorie	Néonatale	Post néo-natale	Infantile	Juvénile	Moins de 5 ans
Résidence	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
Instruction	Oui	Équivalent	Oui	Oui	Oui
Age de la mère	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Rang de naissance	Oui	Oui	Oui	Équivalent	Oui
Intervalle de naissances	Non	Non	Non	Non	Non

Sources : Turquie : [23] ; Syrie : [28].

Concernant la discrimination des filles, nous avons calculé les indices de désavantage féminin pour la mortalité dans les enquêtes récentes, pour les pays arabes du Moyen-Orient (hormis l'Irak). A part la Jordanie où le désavantage féminin est plus prononcé qu'en Turquie, les pays arabes du Moyen-Orient sont en meilleure posture. Le désavantage féminin est de 6%, contre 15% en Turquie, chez les filles de moins de 5 ans. Ce n'est donc pas la religion commune qui avive la surmortalité féminine mais des traits propres à la Turquie. S'agit-il d'une stratégie de constitution d'une famille aux normes idéales, qui affecterait les filles plus que les garçons ?

Déterminants classiques ou culturels ?

Les enquêtes

La première est une enquête de type anthropologique de 1986 dans une banlieue d'Istanbul [19] et la seconde, l'enquête nationale EDS [23]. Ces deux enquêtes soulignent l'importance des facteurs non conventionnels. L'indice de mortalité de Preston a été mis en corrélation avec un ensemble de variables conventionnelles. Celles se rapportant au comportement et au niveau d'éducation du mari, à la taille et à la structure du ménage ont plus d'effet sur la mortalité des enfants que les variables classiques. L'indice de Preston est de 0,631 pour les familles de type nucléaire et de 1,336 pour les familles patrilocales étendues. Différence qui tient à la présence dans le foyer de beaux-parents plus proches des valeurs traditionnelles qui

3. Fortes disparités géographiques, principe de la gratuité des soins remplacé *de facto* par le paiement forfaitaire, soins de qualité médiocre, explosion des dépenses de fonctionnement au détriment des investissements, diminution des dépenses de santé par tête et prix prohibitifs pratiqués dans le privé.

restreindraient le champ de manœuvre et la capacité de la mère à prendre des décisions sur la santé de son enfant [11]. La forte corrélation négative avec le niveau d'éducation du père va dans le sens d'un biais patriarcal.

Tableau 2 : Coefficients de régression multiple de l'indice de mortalité des enfants

Variable composite	Coefficient
Consommation d'alcool et de tabac dans le ménage	0,1270
Attitude de la femme par rapport à l'avortement (1)	0,1326
Composition du ménage (2)	0,1958
Niveau d'éducation du mari	- 0,2390

(1) : un indice élevé correspond à une attitude plus conservatrice ; (2) : un indice élevé correspond à un ménage patrilocal et à une famille élargie. Sources : [19].

Il existe une proportion importante de mariages consanguins : en 1993, 22,8% des mariées ont épousé un parent[4]. La raison principale en est le respect de l'ordre familial [17 et 35] et de sa belle-famille en général. Les variables socio-économiques classiques, comme l'habitat, la profession, le revenu, le niveau d'éducation de la mère, etc., ont un poids bien moindre sur la mortalité des enfants que d'autres facteurs plus qualitatifs. Il en va ainsi de l'attitude de la femme vis à vis de l'avortement. Ce sont les femmes qui déclarent qu'il faut absolument mener la grossesse à son terme qui ont expérimenté le plus grand nombre relatif de décès d'enfants. Celles qui sont plus favorables à l'avortement en ont perdu le moins. Le cas turc nous interpelle donc sur le processus de maîtrise de la reproduction qui ne se limite pas à la seule prévention des naissances. Enfin, une forte consommation d'alcool et de tabac dans le ménage a une incidence néfaste. Il peut s'agir ici d'un simple effet d'environnement sanitaire, de l'effet de pression de ces consommations sur les ressources financières du ménage, de violence, etc. La mortalité de l'enfant est en liaison avec des conditions qui sont plus le fait de personnes autres que la mère.

La variable dont la signification statistique est la plus élevée, est l'utilisation du DIU : une femme qui a utilisé précédemment le DIU, aura une moindre mortalité de sa progéniture. Viennent ensuite, d'une part, le niveau d'éducation et la profession du mari et de l'autre, l'attitude de la femme vis à vis de la prévention des naissances. Par ailleurs, les régressions sur près de 300 variables classiques, ont donné les résultats attendus, mais avec des coefficients assez bas. Le niveau d'éducation de la femme, ici non plus, ne s'est pas révélé statistiquement significatif. Dans le contexte culturel turc, le décalage entre le niveau d'éducation de l'épouse et celui de son entourage peut la marginaliser et affecter indirectement la santé des enfants.

La comparaison entre les deux enquêtes mérite quelque développement. Dans l'ensemble de la Turquie (EDS 1993), la richesse est négativement corrélée à la mortalité des enfants. Mais à Istanbul dans cette communauté au niveau de vie assez bas, l'ac-

4. Le système exogamique d'alliance turco-mongol (celui des Turcs avant leur arrivée en Anatolie) reste dominant, et le mariage endogamique qualifié « d'arabe » (répandu après la convertion des Turcs à l'islam), plus marginal. Le premier est rigoureusement inégalitaire entre les deux partenaires : tant l'épouse que ses enfants sont perçus comme des intrus par l'homme et la stratégie familiale dans ce type de mariage est d'investir sur un seul enfant, quitte à négliger les autres [17].

cumulation de capital est positivement corrélée à la mortalité des enfants. La possession de biens de consommation durable ou bien celle de propriétés, joue au détriment de la survie des enfants. Pour les communautés dont le niveau de vie est encore bas, un bond en avant économique peut coûter en termes de survie de l'enfant.

L'enquête EDS 1993, de même que celle de 1986, confirment l'existence et révèlent l'importance insoupçonnée de circonstances environnantes, de type culturel, sur la mortalité des enfants. Très décisifs sont ces attitudes et comportements féminins face à la contraception et à l'avortement, cette structure familiale qui privilégie les hommes, la consommation de tabac et de boissons. Tout cela tient bien plus d'une atmosphère culturelle diffuse que de variables classiques. Il faut se servir de sources d'une autre nature pour les appréhender.

L'enfant : entre affection et utilité

Les enquêtes *Value of Children* mettent en évidence un aspect particulier des attitudes vis-à-vis de l'enfance en Turquie qui fait exception. Les résultats ne sont pas conformes à l'hypothèse de la diminution des avantages matériels attendus des enfants avec la baisse de la fécondité. Pour toutes les questions sur l'aide matérielle, les réponses positives sont les plus élevées en Turquie. Les enfants y sont donc désirés plus pour des raisons utilitaires qu'émotionnelles ou sentimentales. L'enfant semble n'être pas désiré pour lui-même mais plutôt pour le bien-être actuel et futur des parents. Plus de la moitié (55%) mettent les bénéfices économiques de l'enfant au premier ou au second rang [22]. La valeur sociale, normative ou affective de l'enfant, transparaît beaucoup moins. Ces attitudes sont à rapprocher de l'activité des enfants bien plus forte que celle des pays voisins.

Les thèmes de l'enfant et de la mort

Les sources et matériaux « qualitatifs » (matériaux ethnographiques et de type folklorique divers, textes littéraires et autres, audiovisuel, cinéma, etc.) ne peuvent se substituer aux données chiffrées, mais peuvent rendre compte du niveau exceptionnel de la mortalité. Ces sources pourraient être considérées comme un reflet de traits culturels. De pareilles sources doivent évidemment être utilisées avec circonspection. Mais la répétition fréquente d'un thème, d'une attitude, leur absence là où ils seraient attendus, peuvent constituer un indicateur de leur importance au sein d'une configuration sociale.

Rites et coutumes

S.V. Örnek [25] a recensé les coutumes et croyances turques concernant les prémonitions de la mort, la préparation du corps, l'inhumation et le cérémonial de l'enterrement. Mais le plus étonnant est que ni le chercheur et les centaines d'informateurs locaux auxquels il a eu recours, n'ont pu relever un seul usage, coutume ou rite particulier concernant la mort de l'enfant. Silence total et assourdissant. Bien que la mort de l'enfant soit fréquente, son impact n'a pu donner lieu à des usages mortuaires particuliers. Signe d'indifférence ? Peut-être. Signe d'accoutumance sociale vis-à-vis de la mort d'un enfant en bas âge ? Très vraisemblablement. Le deuil tient compte de l'âge, du sexe et du statut du décédé. Les hommes sont pleurés plus que les femmes, les enfants moins que les jeunes ou les vieux, les personnes de statut

élevé plus que ceux de statut inférieur [26]. De nombreuses injonctions populaires vont dans ce sens [27 et 33]. Pour une mère, faire publiquement état de la peine ressentie au décès en bas âge d'un de ses enfants est considéré comme un manque patent de respect vis-à-vis de ses parents et beaux-parents. Faire trop état de sa peine empêcherait aussi l'âme de l'enfant d'intercéder en faveur de ses parents dans l'au-delà [14]. Tout est en place pour favoriser l'accoutumance et pour minimiser l'impact affectif, social et familial du décès d'un enfant en bas âge.

Un autre signe de l'accoutumance sociale à la mort de l'enfant est l'existence d'un « nom ombilical » dès la naissance. Selon une croyance populaire, il ne faut pas que l'enfant, au cas où il ne survivrait pas, puisse quitter ce monde sans avoir reçu de nom. Quant à son vrai nom, le nom qui sera déclaré à l'état civil et qu'il portera par la suite, l'enfant ne le reçoit que quelques jours après sa naissance [24]. On se prémunit donc contre le danger que l'enfant ne quitte ce monde sans avoir été désigné par un nom, sans avoir reçu un semblant d'identité sociale et religieuse. Faute de pouvoir assurer la survie du corps, on se soucie très tôt de celle de l'âme. Certains interdits concernant la femme enceinte vont dans le même sens, par le fait qu'ils associent la grossesse et la mort, ainsi que le nouveau-né et la mort.

La mort fréquente des enfants en bas âge donne également lieu à certains rites magiques de préservation, afin d'assurer au nouvel arrivant longue vie. Ces rites seraient pratiqués dans les familles ayant déjà perdu un enfant [2], et ils ont pour but de mettre le nouvel arrivant à l'abri des dangers naturels et surnaturels. La vente fictive de l'enfant à une tierce personne, son allaitement, au moins une fois, par une mère ayant des enfants vivants, de même que certains noms particuliers et réputés protecteurs donnés à l'enfant, sont les rites de préservation courants. La confection d'un vêtement en patchwork (7 ou 40 pièces de tissu) est répandue. Chacune des pièces doit être empruntée à une famille qui n'est pas en deuil et qui a au moins un enfant [34].

Une pratique régionale fait songer à un infanticide par omission. Elle concerne sans doute un infanticide plus imaginaire (mais imaginable cependant, et c'est ce qui importe) que réel. Selon cette pratique, si l'on s'aperçoit à la naissance que l'enfant est atteint d'une anomalie physique, on ne lui serre pas immédiatement le cordon ombilical avec un fil, comme c'est l'usage. Ceci peut provoquer une hémorragie mortelle [24]. Cette pratique peut n'avoir pas été fréquente, n'être qu'une pratique du passé, qui a survécu non dans les faits mais dans la seule mémoire populaire et anonyme. Elle peut n'être circonscrite qu'à une aire géographique. Le fait que cette pratique existe, ou qu'elle a existé, pourrait indiquer qu'un infanticide eugéniste était alors pour le moins pensable.

Dans le cinéma

L'industrie turque du cinéma a été prolifique. Notre point de mire sera celui des nombreux films où il est question de la famille [15]. Les valeurs familiales sont sacrées. La famille est une institution valorisée, dépositaire des valeurs, religieuses et morales [29]. Elle se voit renforcée à l'écran. L'unité et la solidarité familiales doivent être protégées quel qu'en soit le prix.

Lorsque la famille élargie s'émiette, ceux qui en souffrent le plus sont souvent les enfants. Toute leur vie future en est négativement affectée. De nouvelles responsabilités (aider leur mère, aller à l'école, travailler pour subvenir aux besoins de la

famille, surveiller et s'occuper de leurs puînés) leur incombent. Ceux-ci perdent alors sûrement et immédiatement, dans les scénarios, leur nature infantile. Que le film soit un drame ou une comédie, ces enfants « grandissent avant l'âge ».

Bien que très rarement placé au centre de la trame dramatique, l'enfant est souvent là, même et surtout par son absence. Le très jeune enfant est très peu évoqué dans les films. Quant au nouveau-né ou au bébé, il est toujours« fonctionnel », symbole d'un mariage heureux, d'une maternité enfin atteinte, ou comme objet de jalousie entre femmes. En effet, le manque d'enfant est un drame pour la femme mariée. L'enfant est l'être le plus important pour la mère [1]. Son absence est grosse de danger pour la femme et présage la séparation du couple. Son arrivée attache le mari au foyer. Le malheur des femmes mariées sans enfant fait ainsi l'objet d'une multitude de films. La grossesse d'une femme marque souvent la fin de ses problèmes familiaux. De même, un danger de mort pour l'enfant, une maladie grave ou, parfois, son enlèvement, constituent une grave menace pour l'unité du jeune couple. La mort de l'enfant n'est cependant pas traitée comme telle, et d'ailleurs presque jamais montrée à l'écran.

Les films de type familial les plus prisés sont ceux dans lesquels le héros principal est un « enfant ». Ces « enfants » sont là pour empêcher la famille de se désagréger ou pour réunifier une famille dispersée. Cet « enfant » intelligent et espiègle subvient aux besoins de la famille, s'occupe de sa mère et de ses frères et sœurs et assume quasiment toutes les responsabilités d'un chef de famille. Ces « enfants » affrontent brillamment le monde des adultes en philosophant et en ne s'étonnant jamais de rien. En apparence, les scénarios tournent entièrement autour de cet « enfant », mais il n'y a pas de véritable enfant dans ces films. A travers le caractère principal du film, c'est l'importance de l'enfant dans le maintien de l'unité familiale qui est souligné. L'enfant, comme caractère à part entière, est en somme quasiment absent du cinéma.

Au théâtre

La superposition des thèmes de l'enfance et de la mort est aussi très fréquente dans le théâtre moderne. Une étude du théâtre turc du XXe siècle, met en évidence cette association de l'enfance et de la mort [31]. Les références à la période de l'enfance sont très nombreuses. Cependant, comme pour les films, les pièces de théâtre dans lesquelles l'enfant est directement mis en scène et où il prend part à l'action ne sont pas nombreuses. Lorsqu'il est présent, il ne l'est qu'indirectement. L'enfant est rarement présenté comme produit ou symbole d'une union heureuse, comme ayant été désiré, ou comme source de joie pour les parents ou pour la famille. De nombreux textes théâtraux sont bâtis sur les problèmes créés par la venue d'un enfant. L'enfance est présentée comme une période d'incompréhension, d'exclusion ou de malheur. Elle est source de drames futurs, l'origine à peine voilée des malheurs et des conflits. L'enfant est le plus souvent associé à des valeurs négatives, au désespoir, à l'impuissance, à des erreurs graves, au dénuement et à la misère, à la souffrance et à la mort.

A l'origine de l'enfance malheureuse, il y a soit le dénuement soit l'incompréhension des adultes. La trame dramatique autour de cette enfance malheureuse fournit aux auteurs la toile de fond propice pour mettre en évidence une critique de la société. Même une enfance relativement heureuse et sans problèmes est, par contraste avec

le présent, présentée sur scène comme une source de tristesse, de regrets et de nostalgie. L'exploitation directe de l'enfant (travail forcé, domesticité infantile, etc.), par ses parents ou par la société entière, est également mise au premier plan. Les textes théâtraux qui mettent en évidence un enfant ou un adolescent comme caractère dramatique à part entière, ou encore l'enfance comme une période de référence calme et heureuse, ne sont qu'une infime minorité. La mort ou un autre événement dramatique servent souvent à l'enfant de rite de passage à l'âge adulte. Et, aussi brutal fut-il, ce passage à l'état d'adulte dégage un sentiment de soulagement, celui d'avoir enfin acquis sa place dans la « vraie » vie sociale. En somme, l'enfance est une période douloureuse et marginale, mais obligatoire, et dont il est souhaitable de se sortir. L'enfance est une simple antichambre du paradis des adultes, un purgatoire de la véritable vie, celle qui doit suivre l'enfance. En outre, l'enfant est parfois pris au théâtre, comme symbole de l'archétype du rite sacrificiel. Le motif traditionnel de l'enfant oublié ou sacrifié, victime innocente de querelles ou de malheurs d'adultes, se retrouve souvent. L'enfant est sacrifié aux traditions, aux coutumes et usages archaïques, aux passions diverses, et même au sens du devoir des adultes.

La mortalité des enfants, régulateur de fécondité ?

La forte mortalité des enfants est certainement un avatar fâcheux de la forte fécondité. Il n'est pas exclu que dans certaines circonstances, elle en soit un régulateur.

A l'aune des pays du Sud, la fécondité turque n'a jamais été très élevée. Autant que nous remontions dans le temps, recensements et enquêtes attestent une fécondité modérée. Le « père des Turcs », Mustafa Kémal, imité en cela par nombre d'hommes politiques, de grands commis de l'Etat et de cadres supérieurs, n'eut pas d'enfants. Sans pousser le malthusianisme aussi loin, pour toutes les générations féminines nées avant la Seconde Guerre Mondiale, la fécondité s'est située autour d'une moyenne de 5,5 enfants par femme. Les indices du moment n'étaient pas beaucoup plus élevés [33]. Ce nombre — plus ou moins celui de l'Europe ancienne — est largement supérieur à celui qui prévalait au sud de la Turquie. En Syrie, il est rarement descendu en dessous de 7,5 à 7,7 enfants par femme. La relative modération de la fécondité turque est permanente à Istanbul au XIX^{e} siècle [16]. Ailleurs, dans la Turquie ottomane, il existe également des présomptions de fécondité volontairement limitée [12].

Ce nombre modéré a pour support un nombre d'enfants désiré lui-même nettement plus bas. Selon plusieurs enquêtes, le nombre moyen idéal d'enfants est grosso modo moitié moindre que le nombre moyen d'enfants nés vivants. En 1993, l'indicateur de fécondité désirée est de 1,87 enfants par femme et de 1,71 seulement si l'on tient compte à la fois de l'intensité et du calendrier [36]. Il est non seulement inférieur à la fécondité effective, elle-même basse (2,65), mais aussi au seuil de 2,1. Aussi peu nataliste que soit la société turque, elle se voit trop féconde, un enfant de trop selon l'écart entre fécondités effective et optimale. La Syrie renvoie par un effet de miroir l'image inversée : une fécondité idéale de 5,0 enfants par femme, très supérieure à la fécondité effective (4,2). Excédent d'enfants au-delà de l'Euphrate, déficit en deçà, la mortalité n'est pas indifférente à ces déséquilibres.

L'allaitement maternel n'est pas prolongé en Turquie [23]. Un autre moyen ancien de régulation, le recul du mariage, n'a jamais rencontré les faveurs de la société. L'occidentalisation effrénée de la Turquie a rencontré là une fin de non recevoir. Entre 1935 et 1975, l'indice C_m de mariage de Bongaarts ne baisse pas. Depuis, contrairement à l'attente, la nuptialité est restée précoce et assez stable : l'âge moyen au mariage a peu augmenté, passant de 21 ans en 1978 à 22,4 ans en 1993. Le contraste est édifiant avec les pays voisins. La Turquie présente un cas inédit, où la nuptialité précoce accompagne une fécondité basse, l'Indonésie étant l'exception [13].

La contraception devrait pallier les lacunes de ces régulateurs traditionnels. La forte prévalence contraceptive (66% en 1993), tend à suggérer que la Turquie est au faîte de la régulation. Mais, elle stagne depuis 1988 et comme le montre l'exemple de l'Iran, le taux turc est loin d'être maximal [3]. Plus sérieux encore, est la popularité des méthodes masculines. Le rôle privilégié de l'homme en matière de fécondité est un trait saillant de la reproduction en Turquie [6]. Le retrait était et reste de très loin la méthode la plus populaire (utilisé par 43% des couples), ainsi que le condom (52%). Or, laisser l'initiative à l'homme n'est pas efficace. Les taux d'échec, sont respectivement de 19% et de 12%.

Les codes pénaux ottoman de 1858, puis républicain de 1934, ont jugé bon de prohiber l'avortement, peut-être en raison de son extraordinaire popularité. La population ne le considérait pas comme une faute morale ou religieuse [20]. Les voyageurs du XIX^{e} siècle attribuaient la faible fécondité des turques musulmanes de l'Empire Ottoman à l'avortement [32]. Une première loi sur l'avortement vit le jour en 1965. Elle ne permettait l'interruption de grossesse que pour des raisons de santé et des « motifs sociaux ». Une loi très libérale, promulguée en 1983, vint ensuite la remplacer. L'interruption de grossesse peut avoir lieu sur simple demande de la femme, et ceci jusqu'à une durée de grossesse de 10 semaines. Cette limite est contournée dans les faits puisque un quart des femmes avortées le font au delà du 3ème mois de grossesse. Il est remarquable qu'à aucun moment, le Premier Ministre de l'intermède islamisant, Necmettin Erbakan (1996-97), pourtant lui-même fervent populationniste, n'envisagea un retour au *statu quo ante*. L'avortement est aujourd'hui bien répandu. En 1993, il y avait 18 avortements pour 100 grossesses (25 pour 100 naissances vivantes), taux proches de ceux des pays occidentaux (États-Unis, 34 pour 100). Cependant, l'avortement reste difficile. A Istanbul, une mère sur huit désireuse d'avorter s'est heurtée à divers obstacles [19]. Plus de 50% des grossesses non souhaitées ont quand même abouti à un enfant non-désiré. Contraception inefficace, avortement imparfait, ajoutés aux effets contraires de la tradition, qui favorise le mariage précoce, et de la modernisation qui écourte le sevrage, aboutissent à ce résultat : un enfant sur deux naît alors qu'il n'est pas réellement voulu par ses parents, qui n'ont pas pu ou pas voulu avorter.

Planification des négligences ?

On pourrait à la rigueur évoquer la « bonne » et la « mauvaise » santé, dans le cas de vieillards ou de personnes de santé précaire. Or, selon des informateurs dans le milieu hospitalier à Istanbul, ce concept fréquent s'applique également aux enfants. Quelle est l'étendue régionale de ce phénomène ? Lesquels des enfants seraient particulièrement visés par la « bonne » mort ? Il est évidemment impossible de répondre, telle-

ment le sujet est, par définition, caché. On peut poser comme hypothèse que ce sont les enfants non désirés qui seraient les plus susceptibles d'être les victimes d'une négligence inconsciente ou même délibérée des parents parce qu'ils ont contrecarré des plans de constitution de la famille : enfants présentant des anomalies à la naissance (voir plus loin, sources anthropologiques), du mauvais sexe, généralement féminin, en surnombre, donc de rangs élevés, ou insuffisamment espacés.

Que la mortalité des enfants puisse être une réponse à la forte fécondité plutôt qu'un stimulant de celle-ci est un phénomène rarement évoqué [30]. Certains enfants sont moins valorisés que d'autres, et cette vulnérabilité augmente leur risque de décéder[5]. Il existe donc un surplus de mortalité facilement « évitable », allant de l'ignorance des parents à la négligence délibérée. Peut-on la quantifier ? Sans doute pas très précisément. Mais par les indicateurs de développement et le niveau culturel des pays, on pourrait, sans grand risque, affirmer que la mortalité infantile est 2 fois plus élevée que la normale.

L'ignorance et l'accoutumance sociale, qui se nourrissent d'ailleurs l'une l'autre, peuvent donc être écartées comme explications de la forte mortalité. Il reste donc la négligence. Les présomptions sont là. Le déficit de vaccination, dans un pays aussi urbanisé et où les formations sanitaires couvrent 100% du territoire, jette la balle dans le camp de la famille plutôt que dans celui de l'appareil d'État. Mais l'absence de vaccination ne signifie pas forcément la mort. La surmortalité des filles montre un gisement de décès facilement évitables. Il suffirait d'être à hauteur du Moyen-Orient arabe pour que la mortalité des enfants perde quelques 3 points et passe sous le taux de 60‰. Mais ce ne sont pas seulement les filles qui sont discriminées.

Tableau 3 : Effet du rang de naissance et des intervalles entre naissances sur la mortalité des enfants en Turquie et en Syrie (1993)

Variable	Modalité	Augmentation en %			
		Infantile		Juvénile	
		Turquie	Syrie	Turquie	Syrie
Rang de naissance	des rangs 2-3 à 4 et +*	45	21	73	41
Intervalle entre naissances	de 4 ans et + à moins de 2 ans	220	149	528	- 8

** Pour la Turquie, moyenne pondérée des rangs 4-6 et 7 et + par les nombres moyens d'enfants nés vivants. Sources : [23, 28].*

On attribue la forte mortalité des enfants, des rangs de naissance élevés ou des intervalles inter-génésiques courts, à la biologie plutôt qu'au comportement. La distinction est délicate. Les enfants des parités élevées sont souvent ceux de mères âgées, fatiguées par leurs naissances successives, ce qui augmente les risques de décès de l'enfant actuel [30]. Par comparaison, on peut faire la part de ce qui, dans la mortalité des enfants turcs, relève du biologique et de ce qui relève du comportement.

5. « Des recherches présentées à un meeting de la Society for Neuroscience à la Nouvelle Orléans illustrent les conséquences biochimiques du manque de soins. On a décelé chez les enfants qui sont régulièrement privés d'un contact physique sécurisant un niveau de stress bien plus élevé que la normale. Ceci peut nuire à la croissance et au développement du cerveau comme du corps. Il reste trop d'enfants qui manquent de l'affection indispensable à leur développement. Leurs vies sont appauvries par le manque d'attention » (*Los Angeles Times*, 1-2, november 1997, Traduction des éditeurs).

Nous prendrons en Syrie, que l'on a vu très nataliste, un exemple d'effet du rang ou de l'intervalle de naissance sur la mortalité des enfants. L'effet biologique est certain, le passage de rangs 2-3 à 4 et plus élève la mortalité infantile de 21% et la mortalité juvénile de 41%. En Turquie, ce sont des accroissements deux fois plus forts : 45% et 73%. Avec les rangs de naissance, les écarts sont encore plus manifestes : le passage d'un espacement de 4 ans et plus à un espacement de moins de 2 ans, triple la mortalité infantile turque et sextuple la juvénile. Les contrastes sont si forts entre les deux voisins, que l'on soupçonne en Turquie, une hausse anormale de la mortalité de certains enfants, mal espacés ou nés en surnombre, sous les effets d'un malthusianisme différé. On a aussi procédé à la comparaison du surcroît de mortalité avant 5 ans, en Turquie et dans une moyenne de 20 pays en voie de développement enquêtés par les EDS, qui confirme les résultats précédents.

Un nombre non négligeable d'enfants naissent donc sous de mauvais auspices. L'environnement familial n'accepte pas de bon cœur tous les nouveaux venus. Il l'est d'autant moins que l'enfant est valorisé pour des raisons économiques ou utilitaires et que son apport émotionnel ou affectif est moins essentiel.

*

* *

La Turquie est un pays inclassable par sa démographie et *a fortiori* par sa mortalité infantile. D'ailleurs, dans toutes les comparaisons de cette étude, elle fait saillie ou figure d'exception. Pourquoi la Turquie a-t-elle eu et continue-t-elle à avoir une mortalité dans l'enfance aussi élevée ? La question en l'état n'a sans doute pas de réponse, du moins pas de réponse unique. Dans la tradition ottomane puis turque, l'enfant n'était pas toujours valorisé, pour des raisons d'anthropologie familiale et parfois d'opportunités politiques. La modernisation rapide de la Turquie depuis trois décennies, que l'on aurait pu croire plus favorable au sort de l'enfant, n'a pas rempli tous les espoirs. Il est possible que le stress engendré par la croissance économique et que l'on peut deviner sous les statistiques exceptionnelles de participation féminine aux activités économiques (35% des actifs, de plus en plus concentrés dans les secteurs industriel et de services, plus exigeants en matière de discipline du travail, sont des femmes, soit 2 à 3 fois plus que chez les voisins du Sud de la Turquie) ait empêché les femmes, très sollicitées par le monde du travail, de prêter l'attention suffisante à l'enfant. De plus, les travailleuses sont loin d'être toutes regroupées dans le secteur moderne qui profite d'une certaine protection sociale.

Mais, ni ces données démographiques ou sociales, ni les analyses qu'il est possible d'en tirer, ne suffisent à fournir une explication totalement satisfaisante. Le recours à des sources non conventionnelles afin d'y rechercher des configurations culturelles particulières reliant l'enfant et la mort permet, dans une certaine mesure, de donner une image de l'atmosphère culturelle dans laquelle baignent les mères, pères et familles d'enfants décédés. Ce que l'on peut tenir pour certain, cependant, c'est que les changements de mentalités, trop lents en ce qui concerne l'enfance, n'ont pas encore rattrapé la transition de la fécondité qui se déroule à vive allure et sera bientôt achevée. De fait, la révolution de l'enfance n'a pas encore eu lieu. Elle n'a donc ni précédé ni accompagné la chute très rapide de la fécondité. Il n'y a pas moins d'enfants parce que ceux-ci ont plus de valeur affective. Il semble, au contraire, que les enfants commencent à avoir plus de valeur, précisément parce qu'il y en a moins.

Bibliographie

1. ABISEL N., 1994, *Türk Sinemasì Üzerine Yazilar* (Ecrits sur le cinéma turc), Ankara, ed. Imge.
2. ACIPAYAMLI O., 1974, Türkiye'de Dogumla ilgili Adet ve inanmalarìn Etnolojik Etüdü (Étude ethnologique sur les coutumes et croyances turques concernant les naissances), Ankara, Atatürk ‹niversitesi Yayìnlarì.
3. AGHA H., CHASTELAND J-C., COURBAGE Y., LADIER-FOULADI M. et MEHRYAR A., 1997, Famille et fécondité à Shiraz, *Dossiers et Recherches* n° 60, INED, Paris, 58 p.
4. AKSIT B. et AKSIT B., 1989, Sociocultural determinants of infant and child mortality in Turkey, *Social Science and Medicine*, Vol. 28, p. 571-576.
5. BEHAR C., 1977, Les tables de mortalité de la Turquie, in *L'Analyse démographique et ses applications*, Ed. du CNRS, Paris, p. 129-140.
6. BEHAR C., 1995, The fertility transition in Turkey - Reforms, policies, and family structure, in MAKHLOUF OBERMEYER C., *Ed., Family, Gender and Population in the Middle East, policies in Context*, American University Press in Cairo, Cairo.
7. BEHAR C., 1997, La Turquie : Une transition démographique presque achevée, in CHASTELAND J.C. ET CHESNAIS J.C., *Eds., La Population du Monde - Enjeux et Problèmes*, INED-PUF, Paris, p. 331-343.
8. BEHAR C., COURBAGE Y. ET GURSOY A., 1999, Economic Growth or Survival ? The Problematic Case of Child Mortality in Turkey, *European Journal of population*, n° 3.
9. BOUKHAIMA S., 1997, Recomposition du système de santé, in *La Syrie de l'après guerre froide : permanence et changements*, Maghreb-Machrek, n° spécial 158, p. 38-46.
10. BULUT A., GOKCAY G., NEYZI O. and SHORTER F., 1991, Perinatal, Neonatal and under-5 mortality in Istanbul based on representative samples of burial records, in : *Seminar on Measurement of Maternal and Child Mortality*, Population Council, Cairo.
11. CALDWELL J., 1979, Education as a factor of mortality decline : an examination of Nigerian data, *Population Studies*, Vol. 33, n° 3, p. 395-413.
12. COURBAGE Y. et FARGUES P., 1992, *Chrétiens et juifs dans l'islam arabe et turc*, Payot, Paris, 346 p.
13. COURBAGE Y., 1997, L'Indonésie : Une transition presque achevée dans le plus grand pays d'islam, in CHASTELAND J.C. et CHESNAIS J.C., *La population du monde -Enjeux et problèmes*, INED-PUF, Paris, 630 p.
14. DELANEY C., 1995, *The seed and the soil*, University of Carolina Press.
15. DORSAY A., 1989, *Sinemamìzìn umut yìllarì* (Les années d'espoir de notre cinéma), Istanbul, ed. Inkìlap.
16. DUBEN A. and BEHAR C., 1991, *Istanbul households - Marriage, family and fertility - 1880-1940*, Cambridge University Press, Cambridge.
17. GOKALP A., 1994, Mariage de parents : entre l'échange généralisé et le mariage parallèle - le cas de la Turquie, in BONTE P., *Ed., Épouser au plus proche : Inceste, prohibitions et stratégies matrimoniales autour de la Méditerranée*, Éditions de l'EHESS, Paris, p. 439-453.
18. GUÇHAN G., 1992, *Toplumsal Degisme ve Türk Sinemasì* (Le changement social et le cinéma turc), Ankara, ed. Imge.
19. GURSOY A., 1992, Infant mortality : a Turkish puzzle ?, *Health Transition Review*, 2/2, p. 131-149.
20. GURSOY A., 1996, Abortion in Turkey : A matter of State, family, or individual decision, *Social Sciences Medical Review*, Vol. 42, n° 4.
21. HILL K. and UPCHURCH D., 1995, Gender differences in child health : Evidence from the demographic and health surveys, *Population and Development Review*, Vol. 21, n° 1, p. 127-152.

22. KAGITCIBASI C., 1982, *The changing value of children in Turkey*, East-West Population Institute, Honolulu.
23. MINISTRY OF HEALTH AND HACETTEPE UNIVERSITY INSTITUTE OF POPULATION STUDIES, 1994, *Demographic and Health Survey - Turkey- 1993*, Ankara.
24. NICOLAS M., 1972, *Croyances et pratiques populaires turques concernant les naissances*, Paris, Publications Orientalistes de France.
25. ÖRNEK S.V., 1971, *Anadolu Folklorunda Ölüm* (La mort dans le folklore de l'Anatolie), Ankara, Ankara Üniversitesi.
26. ÖRNEK S.V., 1977, *Turk Halkbilimi*, (L'ethnographie de la Turquie), Ankara.
27. ÖRNEK S.V., 1979, *Geleneksel Kültürümüzde Çocuk* (L'enfant dans notre culture traditionnelle), Ankara, Is Bankasì Yayìnlarì.
28. PAPCHILD/BUREAU CENTRAL DES STATISTIQUES, 1995, *Mas'h al -joumhouriat al `arabiya es souriya haoula sohhat al um oua al toufl, Al takrir al raissi, (Enquête de la République Arabe Syrienne sur la Santé de la Mère et de l'Enfant - Rapport Principal)*, Damas/Le Caire.
29. SCOGNAMILLO G., 1988, *Türk Sinema Tarihi* (Histoire du cinéma turc), Istanbul, ed. Metis.
30. SCRIMSHAW S., 1978, Infant mortality and behavior in the regulation of family size, *Population and Development Review*, Vol. 4, n° 3, p. 383-403.
31. SENER S., 1993, Türk Tiyatrosunda Çocuk (L'enfant dans le théâtre turc), in *Toplumsal Tarihte Çocuk* (L'enfant dans l'histoire sociale), Istanbul, Tarih Vakfi Yurt Yayìnlari, p. 92-101.
32. SENIOR N., 1856, *A Journal kept in Turkey and Greece*, London.
33. SHORTER F.C. et MACURA M., 1982, *Trends in fertility and mortality in Turkey, 1935-1975*, National Academy Press.
34. TAN M., 1993, Çocukluk : Dün ve Bugün (L'enfance hier et aujourd'hui), in *ToplumsalTarihte Çocuk* (L'enfant dans l'histoire sociale), Istanbul, Tarih Vakfi Yurt Yayìnlarì, p. 11-31.
35. TANSUG S., 1993, Anadolu'da Çocuk Giyimi (Les vêtements d'enfant en Anatolie), in *Toplumsal Tarihte Çocuk* (L'enfant dans l'histoire sociale), Istanbul, Tarih Vakfi Yurt Yayìnlarì, p. 127-132.
36. TUNCBILEK E. and ULUSOY M., 1988, The relationship between infant mortality and consanguinous marriages, in *Infant mortality in Turkey : basic factors*, Ankara, 1988.
37. UNALAN T., 1993, Sex preferences in *Turkey, Turkish Journal of Population Studies*, Vol. 15, p. 23-32.

7. Baisse de la mortalité des enfants, risques économiques et comportements sanitaires acquis à Bamako (Mali)

Julie Lebègue[1]

Sur l'ensemble du continent africain, les progrès de la baisse de la mortalité des enfants sont inconstestables depuis trente ans et se poursuivent à un rythme régulier. Dans un pays comme le Mali, la mortalité infanto-juvénile et la mortalité infantile ont respectivement diminué d'un quart entre 1981 et 1995. Si la transition de la natalité est encore balbutiante au Mali, avec un indice synthétique de fécondité (ISF) qui se maintient à un des niveaux les plus élevés en Afrique (6,7 enfants par femme) et une forte fécondité précoce, la transition de la mortalité semble bien amorcée. Certains facteurs sont révélateurs des modifications des comportements de la population (augmentation des accouchements assistés, amélioration de la couverture vaccinale). La ville africaine est souvent présentée comme un espace privilégié pour la survie des enfants, tant par la quantité des infrastructures sanitaires disponibles que par l'instruction plus élevée de la population.

Néanmoins, le rythme de la croissance démographique du Mali, et de la population urbaine en particulier, a conduit à l'éclosion de nombreux quartiers dits spontanés à la périphérie des villes. Cette éclosion ne s'est pas accompagnée d'une expansion suffisante des services de santé et a entraîné une promiscuité croissante et une insalubrité quasigénéralisée. La crise économique a encore aggravé les conditions de vie de ces populations périurbaines et a engendré un accroissement des inégalités au sein même des villes. Cette paupérisation des ménages et les mutations du système familial pourraient remettre en cause l'accès de cette frange de la population aux services sociaux de la ville.

Une étude cas-témoin menée dans un quartier spontané de Bamako nous a permis de mettre en évidence les inégalités des risques de mortalité infantile selon le profil socio-économique et les comportements sanitaires des ménages. Au-delà des facteurs économiques, les facteurs comportementaux, de la mère en particulier, sont également déterminants. La position de la femme au sein de son ménage et de la société est une variable fondamentale de la mortalité des enfants. Elle détermine le pouvoir de décision des femmes dans le recours aux soins de leurs enfants, et par là, les chances de survie des enfants.

La baisse de la mortalité observée en milieu urbain au Mali est donc tant la conséquence de l'adaptation des ménages à la crise économique que la résultante d'une modification des comportements des populations urbaines. Le phénomène de la déscolarisation observée au Mali est à ce titre inquiétant. Dans une dizaine d'années, les filles aujourd'hui en âge d'être scolarisées seront mères. Si les difficultés économiques persistent, les comportements maternels surdétermineront les probabilités de survie des enfants. A défaut de comportements sanitaires adéquats, et de pouvoir de décision des femmes adapté, le rythme de baisse de la mortalité des enfants pourrait se tarir.

1. CEPED.

Depuis plusieurs décennies, la mortalité des enfants, bien que demeurant à des taux très élevés dans certaines régions du monde (en Afrique sub-saharienne en particulier) a connu un mouvement de baisse qui s'est étendu à tous les pays en développement. Malgré les déclarations alarmistes de certains organismes internationaux [34], aucune étude n'a démontré à ce jour l'impact que pourrait avoir la crise économique qui ébranle actuellement le continent africain, sur la mortalité infantile [6], ce qui ne signifie nullement que celle-ci demeure sans effet. La crise pourrait avoir en termes d'acquis sociaux des effets plus dramatiques dans certains quartiers urbains, surpeuplés et sous-équipés, que dans les zones rurales.

En effet, bien qu'encore largement rurale, l'Afrique connaît depuis les années cinquante une phase d'urbanisation très rapide, avec un rythme de croissance annuel moyen proche de 5% [31]. Si la population de l'Afrique a triplé entre 1950 et 1990, le nombre de citadins a été multiplié par 8, passant de 20 à 155 millions. Les estimations pour le troisième millénaire évoquent 260 millions de citadins en l'an 2000, soit 37,9% de la population totale, et 620 millions en 2020, soit un Africain sur deux.

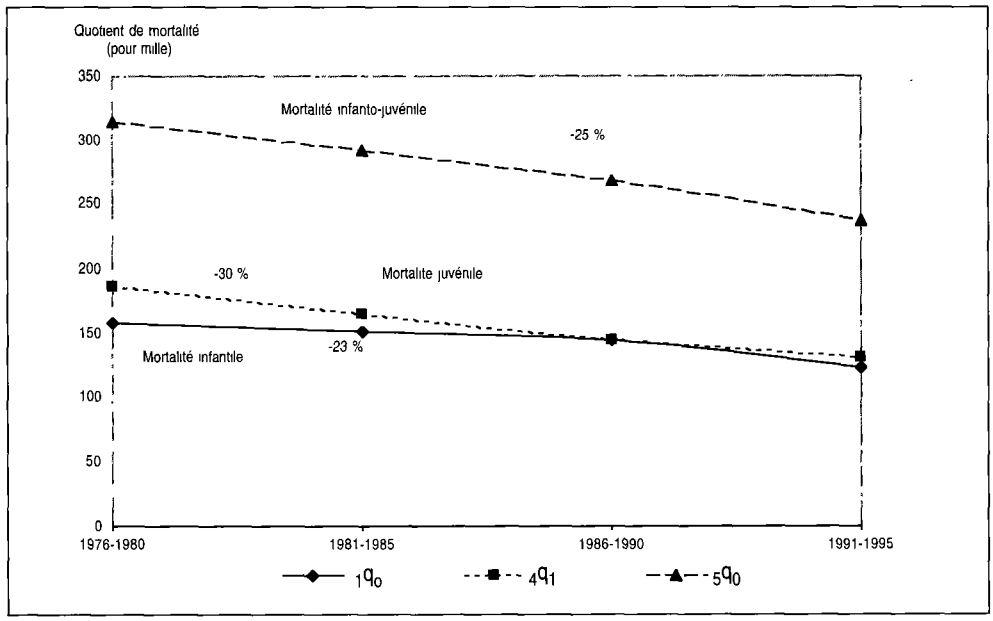
Contrairement aux villes européennes émergentes du XIX^{e} siècle, la ville africaine semble présenter pour ses habitants un avantage en matière de santé, et en particulier en matière de santé infantile [26]. Cette sous-mortalité urbaine est souvent expliquée par l'accès à un système de santé important et moderne [10], par des programmes de santé publique plus faciles à appliquer en zone urbaine qu'en zone rurale, par une meilleure salubrité et par un approvisionnement alimentaire facilité par un réseau de communications plus développé. Néanmoins, le rythme de la croissance démographique urbaine a conduit à l'éclosion de nombreux quartiers dits « spontanés » à la périphérie des villes. Cette éclosion ne s'est pas accompagnée d'une expansion suffisante des services sanitaires et a entraîné une promiscuité croissante et une insalubrité quasi-généralisée. Les conditions de vie des ménages dans ces quartiers sont souvent plus précaires que dans les villages [8] et mènent à un accroissement des inégalités au sein même des villes. La ville ne serait donc plus toujours synonyme de progrès pour le migrant nouvellement installé dans un quartier périphérique, l'affaiblissement des réseaux familiaux ne permettant plus de compenser un difficile accès aux services urbains.

Ce chapitre s'attache à l'étude des facteurs de la mortalité des enfants en milieu urbain précaire, avec une attention particulière portée aux facteurs économiques et comportementaux.

Évolution de la mortalité des enfants : une transition démographique amorcée

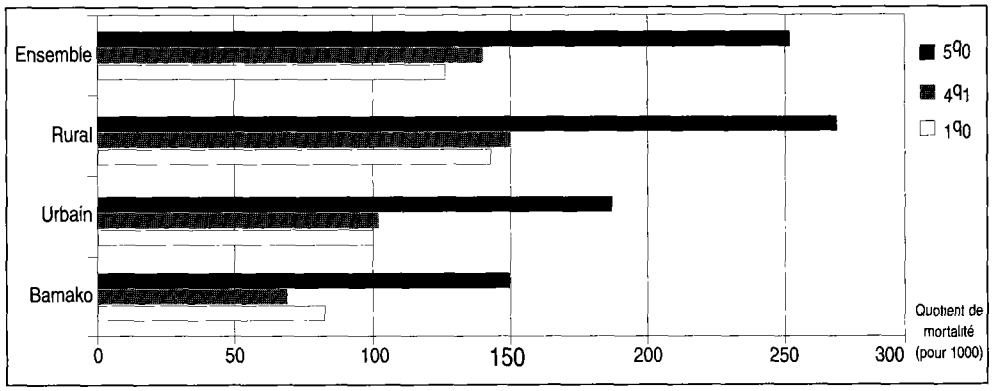
Emboîtant le pas aux autres pays africains, le Mali est aujourd'hui à un tournant de sa transition démographique, avec un ISF qui demeure élevé (6,7 enfants par femme) et une mortalité infantile et juvénile en baisse. Bien que les niveaux de mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$) et infantile ($_1q_0$) restent importants au Mali (de l'ordre de 230‰ et 120‰), parmi les plus élevés du monde, ils ont respectivement diminué de 30% et 23% entre 1976 et 1995. La baisse de la mortalité est lente mais suit un rythme régulier depuis des décennies (Fig. 1).

Figure 1 : Évolution de la mortalité des enfants, 1976-95



Les disparités entre le milieu urbain et le milieu rural restent fortes, au bénéfice du premier [26]. La ville demeure un espace privilégié pour la survie des enfants (Fig. 2). A Bamako, le niveau de la mortalité infantile est ainsi de 30% inférieur au niveau national (84‰ contre 123‰ pour l'ensemble du pays).

Figure 2 : Avantage urbain en matière de mortalité des enfants



Cet avantage bamakois en matière de mortalité des enfants est lié à la concentration des structures sanitaires et à la bonne couverture vaccinale de la capitale. Là, 80% des naissances ont lieu dans un centre de santé (contre 30% pour l'ensemble du Mali), 89% des femmes enceintes ont suivi des consultations prénatales (contre 46% de l'ensemble des femmes). L'application du programme élargi de vaccination (PEV) mis en place au Mali en décembre 1986[2], est particulièrement sensible à Bamako [18].

2. Après un démarrage progressif, la couverture totale du pays, en termes de présence d'équipes de vaccination, a été atteinte en 1988 (soit 46 cercles et 6 communes de Bamako).

En 1995, plus d'un enfant bamakois (âgé de moins de 2 ans) sur deux bénéficie d'une couverture vaccinale complète[3] (contre 31% des enfants sur l'ensemble du Mali).

Néanmoins, le rythme de la croissance démographique du pays (plus de 3% par an sur la période 1985-95, soit un des rythmes de croissance de la population les plus élevés du monde), et de la population urbaine4 en particulier, a conduite à l'éclosion de nombreux quartiers dits spontanés à la périphérie des villes, qui n'a pas été suivie d'une mise en place de services sanitaires adéquats [26]. Les conditions de vie des migrants ruraux installés dans ces quartiers sont précaires. Quels comportements sanitaires adoptent-ils ? La ville joue-t-elle encore un rôle protecteur en matière de santé et de mortalité des enfants ? Quels sont les facteurs associés à la survie infantile qui peuvent être fragilisés par la crise économique ?

Lieu et méthode de l'étude

Lieu de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans un quartier de Bamako, Bankoni, situé à cinq kilomètres environ du centre-ville. Le choix du quartier de Bankoni s'est imposé à différents égards : le quartier est essentiellement peuplé de migrants ruraux et conserve un caractère villageois, tout en bénéficiant des atouts de la ville (écoles, centre de santé). Plus de 90% des individus interrogés ont passé leur enfance en dehors de Bamako. La structure par âge de la population révèle une jeunesse caractéristique du pays, les moins de 25 ans représentant, en 1990, 66% de la population [13].

Bankoni a connu l'accroissement démographique le plus important de la capitale depuis ces vingt dernières années, avec une augmentation annuelle de sa population de l'ordre de 6% entre 1976 et 1987[5] (Tab. 1).

Tableau 1 : Évolution spatiale et accroissement du quartier de Bankoni

Année	1965	1976	1987	1995
Superficie (en ha)	30	255	280	-
Population	1537	26630	47891	77295

Sources : [14, 16].

En 1995, si l'on applique un taux d'accroissement de 5%, la population de Bankoni est estimée à près de 80 000 habitants [16]. La population de Bankoni représente 10% de la population du District de Bamako et 54% de la population de la commune I[6].

3. Un enfant est complètement vacciné, s'il a reçu les immunisation suivantes : BCG (tuberculose), 3 doses de Polio (poliomyélite), 3 doses de DTCoq (diphtérie, tétanos, coqueluche) et ROR (rougeole, oreillions, rubéole).
4. La population de la capitale Bamako, est passée de 660 000 habitants en 1987 à plus d'un million en 1998 (taux d'accroissement annuel de 4%).
5. Ces dates marquent les deux derniers recensements effectués au Mali, dont les données sont disponibles. Le dernier recensement effectué date d'avril 1998 ; les données sont actuellement en cours d'analyse [16]. Il semble que la croissance de la commune I du District de Bamako soit en légère diminution sur la période 1987-98 (4,3% par an), au profit des communes V (5%) et surtout VI (9%).
6. Le District de Bamako constitue la huitième région du Mali (sur huit). Il est divisé en 6 communes.

Le quartier est très étendu, révélant des conditions de vie très différentes selon la localisation de l'habitat.

Depuis 1989, la population du quartier bénéficie des service d'un centre de santé communautaire (Association de Santé Communautaire de Bankoni). Cette expérience de santé communautaire novatrice s'est depuis propagée à l'ensemble des quartiers périphériques [2].

La caractéristique la plus intéressante de Bankoni reste l'hétérogénéité de sa population, tant d'un point de vue ethnique qu'économique. Plus de trente ethnies différentes ont été recensées lors de notre enquête en 1995, reflétant la diversité des migrants présents à Bamako.

Bankoni est un quartier qui répond aisément à la qualification de « populaire » quant à la qualité de l'habitat rencontré (majoritairement en banco, mélange de terre et de paille, ou en banco-ciment), à la quantité des infrastructures (un centre de santé communautaire, quatre écoles fondamentales, un centre d'état civil et deux marchés), à la disponibilité des services et aux activités exercées par la population (activités du secteur informel, liées à l'artisanat et au commerce). Le revenu moyen mensuel des ménages du quartier était estimé en 1990 à environ 40 000 CFA[7] [13], ce qui représente un salaire très faible pour la capitale. Or, au-delà d'une pauvreté apparente généralisée, celle-ci ne frappe pas tous les ménages de Bankoni avec la même intensité. Les différences de niveau de vie observées pourraient être des facteurs de risques relatifs de la mortalité infantile.

Paupérisation de la ville, paupérisation dans la ville

En termes d'indicateurs macro-économiques, le Mali est souvent cité comme l'un des pays les plus pauvres du monde. Sur la décennie quatre-vingt, le produit national brut (PNB) par habitant a diminué de près de 20% (passant de 240 dollars à 200 dollars). Malgré une légère amélioration du PNB durant la décennie quatre-vingt-dix (estimé en 1995 à 250 dollars par habitant), celui-ci reste très inférieur à la moyenne des pays ouest-africains (400 dollars par habitants) [5]. En 1989, 72% des Maliens vivaient sous le seuil de pauvreté (estimé à 137 000 CFA par an et par personne) [15]. Les sécheresses des années 1973 et 1983-84, les conséquences sociales des programmes d'ajustements structurels (PAS) mis en place depuis 1982, la faiblesse des investissements et la croissance de la population expliquent ces mauvais résultats économiques. Les ressources intérieures du pays sont soumises à une pression démographique croissante, du fait de la baisse de la mortalité, d'un niveau de fécondité élevé et des difficultés d'émigration dans certains pays d'accueil.

La pauvreté urbaine est souvent sous-estimée dans les pays africains, les auteurs s'appuyant sur des comparaisons entre urbains et ruraux en terme de revenu [7 et 12]. S'il est vrai qu'en termes monétaires, les urbains ont un pouvoir d'achat supérieur à celui des ruraux, c'est un effet de structure des échanges, avant tout monétaires dans les villes, et non un effet de richesse. De fait, la pauvreté urbaine présente des caractéristiques très différentes de la pauvreté rurale. En termes d'indicateurs démographiques, la ville présente des caractéristiques souvent évoquées comme signe de « modernité », avec un âge médian au mariage plus tardif et une descen-

7 Depuis la dévaluation du CFA de janvier 1994, 100 CFA = 1 FF.

dance plus limitée. Pourtant, les caractéristiques démographiques d'un quartier tel que Bankoni sont plus proches de celles observées en milieu rural que de celles observées en milieu urbain : ainsi l'âge médian au mariage des femmes interrogées est de 15 ans et la descendance moyenne atteinte par les femmes de 40-49 ans de 8,6 enfants (contre 6,6 enfants pour Bamako et 7,8 pour le milieu rural) [11].

L'écart de niveau de vie entre les villes et les campagnes se resserre, voire se renverse[8] [23]. Cette diminution de l'avantage urbain s'est accompagnée d'une baisse du pouvoir d'achat des ménages urbains et d'une mobilité sociale amoindrie. Dans les années quatre-vingt-dix, 20% des ménages bamakois ont connu une mobilité sociale descendante (appauvrissement), particulièrement marquée chez les jeunes générations (25-34 ans) [28].

Un profil de pauvreté [27] a été élaboré à Bankoni, tenant compte de l'habitat, des biens possédés et de l'approvisionnement en eau (40% des ménages de notre échantillon sont pauvres, 40% sont intermédiaires et 20% sont supérieurs).

La ville africaine est au cœur de la crise économique et révèle de façon tangible les contradictions des sociétés. Malgré un niveau d'infrastructures (en termes d'emploi, d'éducation, de santé) relativement plus développé qu'en milieu rural, ce niveau ne répond aujourd'hui plus à la demande qui émane des flux des migrants venus s'installer en ville. En Afrique, comme dans d'autres régions du monde, la décennie quatre-vingt a été marquée par l'aggravation des inégalités sociales et par l'apparition de nouvelles formes de pauvreté [19].

Méthode

La méthode adoptée est une méthode empruntée à l'épidémiologie, qui est encore peu utilisée en démographie [24], une étude cas-témoin. Ce type d'enquête s'appuie sur la comparaison de deux groupes d'individus, appariés selon des critères identiques, mais qui ont connu des issues différentes concernant le phénomène étudié. Les individus ayant subi l'événement étudié, ici le décès infantile (à moins d'un an), représentent les *cas* et sont comparés à des individus n'ayant pas subi l'événement, appelés *témoins* (i.e. les enfants toujours vivants à leur premier anniversaire). Afin d'éviter les biais de sélection inhérents à cette méthodologie, les individus soumis à la méthode cas-témoin ont été identifiés grâce à une enquête de cohorte. Cette combinaison d'une enquête par sondage suivie d'une étude cas-témoin présente différents avantages : le suivi de cohorte permet l'identification des individus et fournit des informations sur la morbidité et la mortalité, l'étude cas-témoin permet d'obtenir des informations complémentaires sur les processus causaux en œuvre ; les individus soumis à l'étude sont sélectionnés à partir d'un échantillon représentatif de la population ; enfin, sur le plan financier, cette association permet de minimiser les coûts, en affectant les mêmes moyens logistiques aux deux opérations. L'étude cas-témoins ne permet pas une estimation directe des taux de mortalité, mais le risque relatif, traditionnellement calculé dans les enquêtes longitudinales, peut ici être apprécié par le risque relatif approché ou *odds ratio* (RRA ou OR)[9].

8. Des cas d'inversion ont notamment été soulignés en Tanzanie [30] et en Ouganda [23].

9. Soient n_1 cas et n_2 témoins, avec respectivement a et b individus exposés au facteur de risque étudié, et c et d individus non exposés, le risque relatif sera estimé par la formule : RRA = (a/b)/ (c/d) = ad/bc. On estime que lorsque la fréquence de l'événement étudié est inférieure à 10%, l'hypothèse de quasi-égalité entre le risque relatif approché (RRA) et le risque relatif (RR) est satisfaite [20].

Un suivi par cohorte de 5 873 femmes enceintes a été mené dans le quartier de Bankoni entre 1989 et 1993[10], afin de mesurer la mortalité maternelle et infantile. Cette dernière a été estimée à 56‰ naissances vivantes [25]. L'enquête s'est déroulée en trois phases: une phase de « recrutement » des femmes enceintes, une phase de visite post-natale, qui avait lieu deux mois environ après l'accouchement présumé, et une phase de visite anniversaire, qui survenait au premier anniversaire de l'enfant suivi. Au terme de la visite anniversaire, sur 4 575 naissances vivantes, 233 décès infantiles ont été recensés. Sur ces 233 décès, nous avons pu identifier et retrouver 178 ménages, qui constituent nos cas, auxquels ont été associés 189 témoins (soit 1,06 témoins par cas). Les critères d'appariement retenus ont été l'âge de l'enfant et le secteur d'habitation.

Deux types de questionnaires ont été administrés au sein des ménages : un questionnaire portant sur les caractéristiques démographiques et socio-économiques du chef de ménage (dont l'analyse est présentée ici), et un questionnaire sur l'histoire génésique des mères des enfants suivis. L'étude a porté au total sur 725 individus (366 chefs de ménage et 359 femmes).

Facteurs économiques de la mortalité infantile

Au terme de l'analyse univariée, les facteurs économiques liés à la mortalité infantile sont le statut socio-économique, la promiscuité, la dépense quotidienne en condiments[11], la fréquence d'achat de céréales et l'activité féminine (Tab. 2).

Au terme de l'analyse multivariée, les facteurs économiques sont le statut socio-économique, la dépense en condiments, la promiscuité et l'activité féminine (Tab. 3).

Concentration des décès infantiles dans les ménages les plus pauvres

La concentration des décès infantiles est un facteur de fragilité pour les enfants. A Bankoni, un enfant né dans une famille qui a connu plus de deux décès infantiles a une probabilité de décéder avant l'âge d'un an 1,3 fois supérieures à celle d'un enfant né dans une famille où un seul décès infantile s'est produit (Tab. 2).

Le risque de décéder avant l'âge d'un an passe de 85‰ à 46‰ selon le statut socio-économique du ménage. Les ménages les plus pauvres sont les ménages où le nombre de décès infantiles est le plus élevé, à nombre d'enfants nés vivants égal (2,1 enfants décédés dans les ménage à statut socio-économique inférieur contre 1,8 dans les ménages les plus aisés). Mais la différence n'est visible qu'entre les statuts les plus défavorisés et les plus favorisés : le nombre moyen d'enfants décédés est supérieur dans les ménages les plus aisés par rapport aux ménages de catégorie écono-

10. Cette enquête a été menée par l'équipe de recherche en Sciences Sociales de l'INRSP (Institut National de Recherche en Santé Publique) de Bamako. Nous remercions les Docteurs Hubert Balique, Jean-François Étard et Belco Kodio de nous avoir donné accès aux données.

11. La dépense quotidienne en condiments (*nasango* en bambara) est la somme d'argent donnée par le chef de ménage à l'épouse qui est en charge de la préparation des repas (marché et cuisine), pour l'achat des condiments nécessaires à la confection de la sauce qui agrémente le plat unique (mil ou riz). Par extension, les condiments désignent tout ce que la femme pourra acheter pour compléter le repas (fruits, lait...).

mique « moyenne » (1,8 contre 1,7). Ce résultat s'explique en termes de comportement de recours aux soins différenciés et par la taille des ménages, plus élevée chez les ménages les plus favorisés.

Tableau 2 : Facteurs économiques liés à la mortalité infantile (analyse univariée, N=366)

Facteurs		Risques relatifs	Intervalle de confiance à 95%	P
Mère	**Classe d'âge** Moins de 20 ans	6,2	2,1-3,5	0,177
	État matriomonial Divorcée Veuve Célibataire	 2,9 1,7 2,1	 1,9-3,8 1,1-3,4 1,5-2,8	 0,208 0,548 0,131
	Enfance Village	1,3	1,1-2,8	0,286
	Niveau d'instruction Moins de trois années d'études	1,3	1,1-4,1	0,730
	Nombre d'enfants décédés Deux et plus	1,3	1,1-1,6	0,001
	Activité Exerce une activité	1,5	1,1-2,3	0,399
	Polygamie	1,6	1,1-2,9	0,556
Chef de ménage	**Classe d'âge** Moins de 30 ans	1,8	1,5-2,1	0,363
	Instruction Non instruit	1,5	1,2-2,1	0,181
	Niveau d'instruction Moins de 3 années	3,1	2,6-3,5	0,258
Variables habitat	**Statut socio-économique** Inférieur	1,1	1,1-2,1	0,837
	Promiscuité Moins de deux pièces par ménage	3,96	2,8-4,6	0,182
Variables économiques	**Dépense en condiments** Moins de 50 CFA par jour et par tête	1,5	1,1-2,2	0,225
	Fréquence d'achat des céréales Quotidienne	1,9	1,2-2,5	0,421

La promiscuité, facteur de mortalité

La taille moyenne des ménages est élevée à Bankoni (10,8 individus par ménage, dont en moyenne 6,1 enfants et 4,7 adultes). Ce phénomène se retrouve dans de nombreuses ville africaines (Abidjan, Dakar), mais les ressources économiques plus élevées ne se conjuguent pas avec une diminution de la taille des ménages. Un cinquième des ménages enquêtés est composé de 15 personnes au moins (de 15 à

30 personnes). Les grands ménages sont avantagés en termes de ressources économiques et de capacité de mobilisation de revenus. Les enfants, et particulièrement les filles, de ces ménages ont une probabilité plus importante de fréquenter l'école, liée à la possibilité de répartir les activités et les tâches ménagères entre les membres du ménage [29]. En termes de santé, la morbidité est plus élevée dans les grands ménages, du fait de la promiscuité des enfants, et le risque de mortalité augmente avec la taille des ménages (Tab. 2).

Plusieurs facteurs expliquent ce résultat: la promiscuité physique des enfants favorise la propagation des germes infectieux et augmente la charge virale d'un enfant à l'autre [1]. A Bankoni, 42% des ménages enquêtés sont dirigés par un homme polygame. Les grands ménages sont généralement polygamiques : la proportion des ménages dont le chef est polygame passe de 6% pour un ménage de moins de 5 individus à 23% pour un ménage de 5 à 9 individus, à 58% pour un ménage de 10 à 14 individus et à 79% pour un ménage de 20 personnes au moins. La scolarisation des femmes est liée à la polygamie (à âge égal, la probabilité d'avoir été scolarisée est plus faible chez les épouses de polygames que chez les épouses de monogames, de 36% à 45%).

Tableau 3 : Facteurs économiques liés à la mortalité à Bankoni (analyse multivariée)

Variables indépendantes		Coefficient β	Écart type	R^2 partiel
Mère	Age	0,2257**	0,0821	0,0202
	Instruction	0,1060*	0,2465	0,1155
	Niveau d'instruction	0,1316*	0,1022	0,0140
	Polygamie	0,1894**	0,0491	0,1342
	Activité	0,1889**	0,0524	0,1245
Chef de ménage	Age	0,0871**	0,0567	0,0607
	Rang dans la fratrie	0,1627*	0,0770	0,0664
Habitat	Statut socio-économique	0,0558*	0,1669	0,738
	Promiscuité	0,0250**	0,0269	0,351
Variables économiques	Condiments	0,0006**	0,0159	0,038

** : Significatif au seuil de 10% ; ** : Significatif au seuil de 5%.*

La capacité de mobilisation du revenu

L'estimation du revenu monétaire dans une population où plus de 80% des activités économiques s'exercent dans le secteur informel est soumise à une grande incertitude, du fait de l'extrême variabilité des revenus pour un même individu et des biais de déclaration. Sachant que 80 à 85% des dépenses sont consacrées à l'alimentation [13], nous nous sommes attachés au recueil des données concernant les dépenses alimentaires principales (céréales, condiments). La fréquence d'achat des céréales traduit la capacité de mobilisation du revenu et la dépense quotidienne en condiments le revenu quotidien disponible (Tab. 2). La dépense quotidienne en condiments est une bonne estimation du revenu du ménage : elle ne souffre pas des biais de sous-déclaration habituellement observés pour les revenus (un chef de ménage n'avouera que difficilement qu'il ne peut pas subvenir aux besoins essentiels de son ménage). Elle

peut être sujette à un biais de sur-déclaration, mais ce biais est ici corrigé par un croisement de l'information auprès des épouses des chefs de ménage[12].

Le rôle de la position sociale de la femme

Au-delà de l'avantage urbain lié à la disponibilité des services (de santé, de scolarisation), il apparaît que la position sociale de la femme joue un rôle majeur dans la survie de l'enfant.

Appréhender la position sociale de la femme

La position sociale des femmes est un élément déterminant des comportements démographiques et de la survie infantile, et ce peut-être d'autant plus que les conditions économiques sont précaires.

D'après le modèle établi par A.M. Basu en Inde [7], la position sociale des femmes peut se mesurer à l'aune des trois critères : l'exposition des femmes au monde extérieur (scolarisation), l'interaction avec le monde extérieur (exercice d'une activité économique, participation sociale) et le niveau d'autonomie (type de ménage, taille du ménage, polygamie, statut de la femme dans le ménage, âge de la femme).

L'interaction avec le monde extérieur : une activité féminine de pauvreté

Le risque de décès de l'enfant est lié à l'activité de la mère (Tab. 4). Ce résultat trouve son explication dans la distribution de l'activité professionnelle selon l'âge de la femme et son état matrimonial (Fig. 3).

Tableau 4 : Activité économique de la femme et statut cas-témoin de l'enfant

Caractéristiques		Cas n	Témoins n'	Ensemble N	n/N	Risques relatifs	IC à 95%	P
Exercice d'une activité	Oui	97	87	184	52,7	1,5**	1,2-2,3	0,399
	Non*	68	93	161	42,2	1,0	–	–
Type d'activité	Commerce alimentaire	61	49	110	55,4	1,2	0,5-2,1	0,588
	Commerce tissus	5	5	10	50,0	1,0	–	–
	Commerce charbon	6	13	19	31,5	0,8	0,3-2,5	0,547
	Artisanat	15	4	20	75,0	2,0**	1,3-2,6	0,413
	Petit métier	2	6	8	25,0	1,0	0,2-3,5	0,612

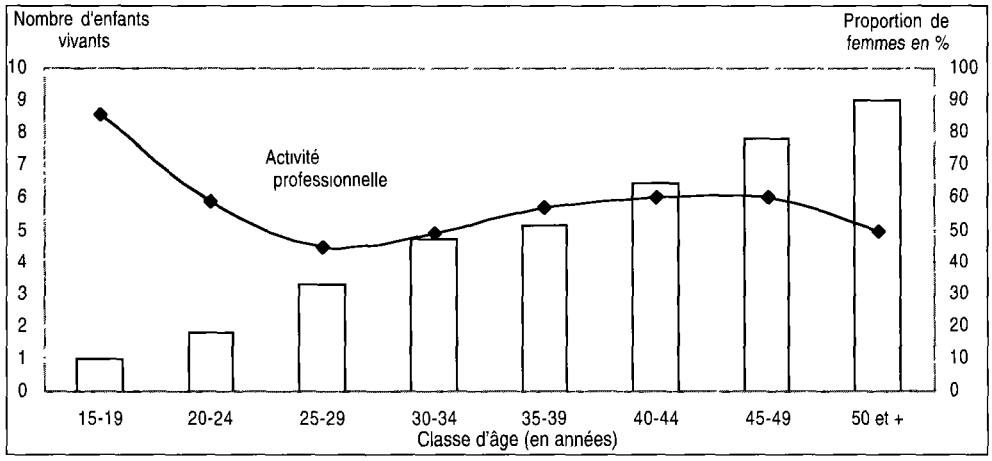
** : groupe de référence ; ** : significatif au seuil de 5%.*

A Bankoni, près de 90% de très jeunes femmes (de moins de 19 ans) exercent une activité professionnelle (contre 40% des femmes de 25-29 ans) avant de se marier. Après 35 ans, l'activité féminine redevient plus importante (60% des femmes de 40-

12. La dépense quotidienne en condiments déclarée par les femmes (moyenne à 145 CFA, médiane à 125 CFA) est supérieure à celle déclarée par les hommes (moyenne à 120 CFA, médiane à 110 CFA), traduisant la participation économique des femmes aux dépenses alimentaires de base.

44 ans), les femmes ayant alors élevé leurs enfants et acquis à ce titre une reconnaissance sociale au sein de leur ménage. L'activité féminine est une activité de pauvreté, stimulée par la précarité économique.

Figure 3 : Exercice d'une activité professionnelle selon le cycle de la vie des femmes et le nombre d'enfants vivants



Plus les femmes sont instruites, plus elles appartiennent à des ménages aisés, et moins elles travaillent. Ainsi, la dépense moyenne par tête et par jour en condiments du ménage varie de 115 CFA à 142 CFA selon le niveau d'instruction des femmes. Si 59% des femmes instruites exercent une activité professionnelle (contre 49% des femmes non instruites), ce niveau d'activité varie en fonction du niveau d'instruction. 70% des femmes ayant fréquente l'école moins de 3 ans exercent une activité (à équivalence avec les femmes ayant suivi un enseignement coranique), contre 47% des femmes ayant fréquente l'école de 3 à 4 ans et 53% des femmes ayant fréquenté l'école au moins 6 ans. L'activité des femmes à l'extérieur de leur ménage n'est donc pas une activité d'émancipation, mais une activité de pauvreté. Les activités exercées par les femmes sont des activités peu rémunératrices, ne nécessitant pas un niveau élevé de qualification (66% des femmes exercent une activité de petit commerce, alimentaire ou non, et 33% une activité artisanale, les 1% restant exerçant un emploi salarié).

Le type d'activité exercée par les femmes traduit un niveau de vie du ménage différent : le risque de décès infantile est lié à l'activité exercée (Tab. 4). Les enfants dont les mères exercent une activité artisanale ont un risque relatif de décéder de 2,0 contre 1,2 pour les enfants dont les mères exercent une activité de commerce alimentaire et 0,8 pour les enfants dont les mères exercent une activité de commerce de charbon. Les enfants les moins à risque de décéder sont ceux dont les mères exercent une activité de vente de tissus, le commerce de tissus étant tenu à Bamako, comme dans de nombreuses villes africaines, par un réseau économiquement puissant de femmes. La mortalité des enfants est liée à l'activité économique des femmes, non pour des motifs de comportement [11], mais pour des motifs économiques. L'autonomie financière des femmes reste limitée. En cas d'exercice d'une activité professionnelle, les revenus sont faibles (inférieurs à 20 000 CFA), trop faibles pour prendre seules en charges l'éducation des enfants. Mais une tendance semble se dessiner, vers la prise en charge des dépenses de santé des enfants par les femmes.

L'interaction avec le monde extérieur peut également se mesurer à travers l'appartenance associative. La participation à une association est faible (moins de 20% des femmes) et n'apparaît pas comme significative dans la survie des enfants. Le lieu de socialisation durant l'enfance (ville, village) n'est pas non plus une variable significative de la survie infantile. Les femmes élevées en ville n'adoptent pas de comportements sanitaires particuliers. L'instruction opère une distinction plus nette dans les comportements.

Une autonomie décisive, dépendante de l'âge et du régime matrimonial

Dans le système matrimonial, la femme est sous l'autorité du mari. La femme ne peut être chef de ménage (sauf si le mari est emprisonné). D'un point de vue collectif, l'environnement socio-culturel des femmes est fonction de la religion (l'islam est majoritaire au Mali), du type de régime (régime patriarcal) et de la politique gouvernementale. En dehors de l'autorité du mari, la position sociale des femmes est fonction de leur âge, de leur état matrimonial et de la structure des ménages.

Les jeunes femmes sont généralement sous l'autorité des femmes plus âgées (que ce soit leur belle-mère, leur mère ou leurs co-épouses). L'âge de la femme intervient dans la survie des enfants à travers la position sociale de la mère, mais également à travers des variables de comportement (manque d'expérience des femmes plus jeunes, manque d'intégration dans le tissu urbain). Le risque de décès des enfants est lié à l'âge des femmes (Tab. 2 et 3).

L'appartenance à un ménage polygame est un facteur de la position sociale des femmes. En bambara, il existe deux termes distincts pour désigner une épouse de polygame : *galomuso* et *sinimuso*, l'un signifie « la femme préférée », l'autre « la femme moins aimée ». Selon le statut de la femme de *galomuso* ou de *sinimuso*, de première épouse ou de dernière épouse, l'attention portée aux enfants est différenciée, la femme formant avec ses enfants un *gwa* (foyer) à part entière. La polygamie en milieu urbain présente des difficultés particulières, liées au manque d'espace et aux difficultés d'accès à l'emploi. La taille du ménage est liée au type de ménage (polygame ou monogame) auquel appartient la femme. Le nombre moyen d'individus par ménage passe de 8 à 14 (médiane à 6 et 13) selon le type de ménage. La mortalité des enfants est liée à la polygamie (Tab. 2), ce qui s'explique à la fois par la promiscuité, l'âge de la femme et le niveau d'instruction plus faible observé chez les femmes de polygames.

Scolarisation féminine : le privilège urbain

A la suite de J. Caldwell [9], nombre d'auteurs se sont attachés à démontrer le rôle de l'instruction des femmes dans la survie des enfants [3 et 22]. A Bankoni, les ménages les plus aisés sont ceux où le père et la mère sont instruits. Si l'on s'attache uniquement à la variable instruction de la mère, la relation avec la mortalité infantile n'est pas significative. En revanche, le niveau d'instruction exerce un effet sur la mortalité des enfants, *ceteris paribus*. Ce résultat montre qu'en deçà d'un certain niveau d'instruction (4 années d'instruction), l'instruction ne joue pas favorablement sur la mortalité des enfants. A niveau socio-économique très faible, l'instruction de la femme a un effet positif sur la survie des enfants.

Du point de vue de la scolarisation, la ville reste un atout. En 1991, le taux de scolarisation primaire était de 75% pour les garçons et de 59% pour les filles à Bamako, contre 33% et 21% pour l'ensemble du Mali. Cependant, il semble que le phénomène de déscolarisation observé au Mali à la fin des années quatre-vingt ait frappé plus durement les filles à Bamako que dans le reste du pays. Le taux de scolarisation des filles aurait baissé de 15 points entre 1977 et 1991, passant de 59% à 44% [29]. La paupérisation des ménages explique en partie ce phénomène, les ménages des quartiers non viabilisés, qui sont également les plus démunis, scolarisant moins leur filles que les ménages des quartiers centraux. D'autre part, les filles sont davantage sollicitées dans les tâches ménagères que les garçons et les ménages trouvent encore plus rentable d'envoyer les garçons (et particulièrement le fils aîné) à l'école, que de scolariser les filles.

Les disparités en matière d'infrastructures scolaires sont apparentes à Bamako. La scolarisation reste faible à Bankoni par rapport au reste de Bamako (trois écoles pour 80 000 habitants, dont plus de la moitié de moins de 15 ans), mais elle reste néanmoins plus élevée qu'en milieu rural. Les femmes interrogées lors de l'enquête cas-témoin avaient un profil urbain (54% des femmes ont grandi en milieu urbain, dont 20% à Bamako), 34% des femmes âgées de 15 à 49 ans ont fréquenté l'école durant au moins une année (contre 27% des hommes). Cette différence s'explique à la fois par le profil plus urbain des femmes interrogées (plus de la moitié des femmes ont grandi en ville, alors que plus de 80% des hommes sont des ruraux) et par la différence d'âge entre les hommes et les femmes interrogés (11 ans). Une scolarisation globale plus élevée conduit à une diffusion des connaissances dans la population (via les médias, radio et télévision, et les contacts quotidiens avec des femmes instruites). Mais le niveau d'instruction reste faible à Bankoni : aucune femme n'a un niveau d'instruction secondaire (contre 6% des hommes) et 30% d'entre elles ont passé moins de 3 ans à l'école (contre 10% des hommes).

La mortalité infantile est davantage liée au niveau d'instruction atteint par les mères et par les pères (Tab. 2) qu'à la scolarisation elle-même. Bien que la survie des enfants soit liée au niveau d'instruction du père, cette relation disparaît au niveau multivarié, contrairement au niveau d'instruction de la mère (Tab. 3).

Fragilité des comportements sanitaires acquis

Les comportements sanitaires des migrants évoluent et s'adaptent au contexte urbain [4]. Mais ces comportements acquis sont fragiles. En cas de morbidité infantile, le recours aux centres de santé est loin d'être systématique. La perception de la gravité est l'élément moteur du recours aux soins. Cette perception varie en fonction de la scolarisation, du contexte familial et personnel de la mère.

Certaines connaissances sanitaires sont acquises, mais la fragilité économique risque de les remettre en cause. Les consultations prénatales se généralisent à Bankoni (près de 80% des femmes de la cohorte ont consulté au moins une fois au cours de leur grossesse), mais une femme sur cinq ne consulte jamais durant sa grossesse.

En ce qui concerne les vaccinations, 77% des femmes déclarent avoir été vaccinées au moins une fois (vaccination anti-tétanique). Pour assurer une protection complète de

la mère et de l'enfant contre le tétanos, deux injections antitétaniques sont nécessaires pour une femme qui n'a jamais été vaccinée. Sur l'ensemble de la ville, les résultats de la dernière Enquête Démographique et de Santé indiquent que 61% des femmes ont reçu deux injections antitétaniques, 24% des femmes une injection, et 14% des femmes n'ont jamais été vaccinées contre le tétanos (contre 32%, 19% et 48% sur l'ensemble du pays) [11]. Cependant, à Bankoni, en l'absence de carnet de vaccination, il est difficile de vérifier les informations fournies par les femmes. La lutte contre le tétanos néonatal constitue un des enjeux sanitaires des années à venir [32]. A Bamako, la mortalité néonatale a été estimées par P. Fargues et O. Nassour à 23‰ en 1985 [18] et à 46‰ par S. Coulibay *et al.* [11]. Le tétanos n'a qu'une faible part dans la mortalité infanto-juvénile (taux de mortalité par tétanos estimé à 0,1‰ sur la période 1974-85, pour les deux sexes), mais explique près de 30% des décès durant le premier mois de vie (l'autre grande cause de décès néonatal est la prématurité).

La part des accouchements assistés est en augmentation. Entre 1987 et 1995, la part des accouchements assistés par le personnel médical[13] à Bamako est passée de 65% à 79%. A Bankoni, 78% des femmes suivies ont accouché de leur dernier enfant dans un centre de santé (dont la moitié au centre de santé du quartier, l'ASACOBA), 6% ont accouché à l'hôpital (lors d'une grossesse pathologique ou suite à un début d'accouchement difficile). Plus de 10% des femmes ont accouché à domicile. Il faut souligner ici l'obligation d'accoucher dans un centre de santé maternelle et infantile (sous peine d'amende de 5 000 CFA). Cependant, en cas de grossesse à risque, les femmes n'ont pas encore suffisamment accès aux unités sanitaires spécialisées. La mortalité maternelle est encore très élevée, elle a été estimée dans le quartier, en 1995, à 354 décès pour 100 000 accouchements [17]. Ce chiffre est beaucoup trop élevé au vu des moyens disponibles à Bamako. Les grossesses à risque sont mal détectées et peu suivies, l'évacuation sur les hôpitaux est souvent trop tardive. L'image de l'hôpital souffre d'une mauvaise réputation parmi les femmes [21], elles n'envisagent encore d'y recourir qu'en dernière instance.

La relative sous-mortalité urbaine s'explique davantage par les vaccinations que par des comportements sanitaires adéquats. Pourtant, en terme de fécondité, on observe une volonté des femmes à réduire leur fécondité, invoquant les conditions de vie difficiles en milieu urbain (dissolution d'unions, difficultés économiques, scolarisation des enfants, chômage). Les femmes de Bankoni ne pratiquent pas la contraception, que celle-ci soit moderne (moins de 5% des femmes) ou traditionnelle (2% des femmes), mais le nombre moyen d'enfants souhaités se situe à quatre. L'intervalle intergénésique moyen souhaité par les femmes interrogées (ayant toutes déjà vécu une grossesse) est de 37 mois (avec des valeurs comprises entre 12 et 120 mois).

Les femmes de chefs de ménage[14] sont révélatrices des changements opérés dans la société malienne. Si le phénomène des ménages dirigés par des femmes n'est pas nouveau en tant que tel [33], la façon de le vivre montre un changement social.

L'état matriomonial des mères chefs de ménage est un facteur de la survie des enfants (Tab. 2). Mais si l'issue est la même (décès infantile), les facteurs diffèrent

13. La catégorie personnel médical comprend les médecins, les sages-femmes, les infirmiers et les matrones (qui exercent à l'hôpital ou dans un centre de santé).

14. Une femme est comptabilisée comme chef de ménage lorsqu'elle prend en charge toutes les dépenses afférentes à son foyer, constitué par ses enfants et elle-même. L'autonomie résidentielle n'est pas systématique, mais l'autonomie d'autorité sur les enfants l'est.

selon l'état matrimonial de la femme. L'âge est la variable la plus explicative du décès des enfants de femmes célibataires. En revanche, le statut socio-économique particulièrement défavorisé des ménages dirigés par des femmes veuves explique les décès infantiles survenus dans ces ménages.

Malgré leur plus grande précarité économique (70% d'entre elles appartiennent à un ménage dont le statut socio-économique est inférieur, contre 40% des hommes chefs de ménage), les femmes chefs de ménage portent une attention soutenue à leurs enfants, qui ont un risque de décès plus faible. Le profil des femmes chefs de ménage est varié, mais on peut distinguer deux types de solitudes dans l'exercice de la position de chef de ménage : une solitude subie, qui est celle des femmes âgées (âge moyen : 42 ans), veuves (54% des femmes chefs de ménage) et une solitude choisie, qui est celle de femmes plus jeunes (âge moyen : 25 ans), divorcée (13% des femmes chefs de ménage) ou célibataires (33% des femmes chefs de ménage). Ces femmes seules avec des enfants ont un comportement sanitaire différent. A niveau socio-économique égal, leurs enfants ont un risque de décéder supérieur (Tab. 2), mais non significatif. Les femmes chefs de ménage déclarent davantage la morbidité des enfants (47% des femmes déclarent un épisode morbide au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, contre 36% des hommes chefs de ménage), soulevant deux hypothèses : soit les enfants des ménages dirigés par des femmes présentent une morbidité plus importante, soit la déclaration des femmes est meilleure. La première hypothèse est difficile à vérifier, la seconde en revanche semble se confirmer par l'étude différentielle des déclarations par les hommes et les femmes des épisodes morbides survenus dans le ménage.

*

* *

Les facteurs économiques sont des déterminants fondamentaux de la survie infantile, et particulièrement le statut de l'habitat, la capacité de mobilisation du revenu et le revenu quotidien disponible, mesurables par l'approvisionnement quotidien alimentaire. Dans un contexte économique précaire, la position sociale des femmes paraît pouvoir compenser, en terme de santé infantile, la pauvreté. L'accès à l'instruction des femmes est à ce titre fondamental.

La transition de la mortalité semble amorcée au Mali grâce aux progrès de l'amélioration de l'alimentation et à une couverture vaccinale améliorée. Mais les décès infantiles restent fréquents (quotients supérieurs à 120‰) : pratiquement toutes les femmes rencontrées en milieu urbain précaire ont déjà connu au moins un décès d'enfant. Tant que les chances de survie des enfants ne seront pas améliorées, les désirs en matière de fécondité se heurteront à la nécessité de maintenir une descendance élevée.

Une part de plus en plus importante de la population est à la lisière de l'exclusion sociale et sanitaire, du fait de ressources économiques trop faibles pour permettre une participation sociale urbaine. Le processus d'intégration urbaine s'est allongé et, avec lui, le temps où existe un risque d'exclusion. Autrefois intégré dans un réseau familial, le migrant africain du XXI^{e} siècle devra faire face à de nouveaux enjeux, définis avant tout par sa capacité d'intégration économique. Les effets de la paupérisation des ménages urbains sur la scolarisation ont été soulignés par certains auteurs [29 et 35]. La dégradation des conditions de vie pourrait également avoir des conséquences sur la santé et la mortalité des enfants dans les quartiers les

plus désavantagés. Le danger d'une société urbaine duale plane sur les villes africaines, qui n'ont pas mis en place des infrastructures sociales adéquates.

Bibliographie

1. AABY P., 1988, Malnutrition and overcrowding - intensive exposure in severe measles infection : review of community studies, *Review of Infectious Diseases*, Vol. 10, n° 2, p. 478-491.
2. AG IKNANE A., SANGHO H. et DIAWARA A., 1997, Inventer une médecine de quartier : l'expérience de Bamako, in BRUNET-JAILLY J., *Dir., Innover dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest*, Karthala, Paris, p. 153-166.
3. AKOTO E. et TABUTIN D., 1989, Les inégalités socio-économiques et culturelles devant la mort, in PISON G., VAN DE WALLE É. et SALA DIAKANDA M., *Eds., Mortalité et société en Afrique au sud du Sahara*, INED, PUF (Travaux et Documents, Cahier n° 124), Paris, p. 35-63.
4. BA A., 1994, Migration et état de santé des populations, in OUEDRAOGO D. et PICHÉ V., *Dir., L'insertion urbaine à Bamako (Mali)*, Ed. Karthala, Paris, p. 134-159.
5. BANQUE MONDIALE, 1997, *Wolrd Development Indicators*, Washington D.C., 340 p.
6. BARBIERI M. et VALLIN J., 1996, Les conséquences de la crise économique africaine sur l'évolution de la mortalité, in COUSSY J. et VALLIN J., *Dir, Crise et population en Afrique*, CEPED, Études du CEPED, n° 15, Paris, p. 319-343.
7. BASU A.M., 1992, *Culture, status of women and demographic behaviour*, Clarendon, Press, Oxford, 181 p.
8. BROCKERHOFF M., 1993, Child survival in big cities : are the poor disadvantaged ?, *Population Council Research Division Working Papers*, n° 58, New-York.
9. CALDWELL J.,1979, Education as a factor in mortality decline : an examination of Nigeria data, *Population Studies*, Vol. 33, n° 3, p. 395-413.
10. CANTRELLE P., DIOP L., GARENNE M., GUEYE M. et SADIO A., 1986, The profile of mortality and its determinants in Sénégal, 1966-1980, *Population Studies*, n° 94, p. 86-116.
11. COULIBALY S., DICKO F. et TRAORE S., Enquête démographique et de santé, Mali 1995-1996, Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées, DNSI/Macro International Inc., Bamako, Calverton, 375 p.
12. DIARRA T. et MARTELLA A., 1993, *Étude sur la pauvreté urbaine à Bamako*, Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan/Banque mondiale, Bamako, 42 p + annexes.
13. DIARRA T., DIAKITE B.D., TRAORE S. et PAIRAULT C., 1990, *Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier de Bankoni. Volume I : étude socio-économique et sanitaire*, Institut National de la Recherche en Santé Publique, Bamako, 151 p.
14. DIRECTION NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE L'INFORMATIQUE (DNSI), 1991, *Recensement général de la population et de l'habitat (1987). Tome II : Mouvement de la population*, Ministère de l'Économie, du Plan et de l'Intégration, Bamako, 153 p.
15. DIRECTION NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE L'INFORMATIQUE (DNSI), 1993, *Mali. Profil de la pauvreté*, Bamako, 44 p + annexes.
16. DIRECTION NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE L'INFORMATIQUE (DNSI), 1998, *Recensement général de la population et de l'habitat (avril 1998). Résultats provisoires*, Ministère de l'Économie, du Plan et de l'Intégration, Bamako, 59 p.
17. ÉTARD J.F., 1995, *Étude de la mortalité maternelle dans le quartier de Bankoni à Bamako*, INRSP, UNICEF, Bamako, 32 p.

18. FARGUES P. et NASSOUR O., 1988, *Douze ans de mortalité urbaine au Sahel - Niveaux, tendances, saisons et causes de mortalité à Bamako 1975-85*, INED, PUF, (Travaux et Documents, cahier n° 123), Paris, 198 p.
19. FASSIN D., 1996, Exclusion, underclass, marginalidad. Figures contemporaines de la peuvreté urbaine en France, aux États-Unis et en Amérique latine, Revue française de sociologie, t.XXXVII, p. 37-75.
20. GRAY R., 1988, L'intérêt des méthodes de l'épidémiologie et des études cas-témoin pour la mesure de lamortalité et de la morbidité, in VALLIN J., D'SOUZA S. et PALLONI A., *Eds., Mesure et analyse de la mortalité - Nouvelles approches*, INED, PUF, (Travaux et Documents, Cahier n° 119), Paris, p. 63-83.
21. GRUENAIS M.E., 1996, A quoi sert l'hôpital africain ?, *Les Annales de la Recherche Urbaine*, n° 73, p. 118-127.
22. HOBCRAFT J., 1985, The interplay of health and society : towards news surveys of mortality determinants, in CASTERLINE J., *Ed., Collection and analysis of community data, World Fertility Survey, International Statistical Institute*, Voorburg, Netherlands, p. 147-155.
23. JAMAL V. et WEEKS J., 1993, Le resserrement de l'écart entre villes et campagnes en Afrique au sud Sahara, *Revue internationale du travail*, Vol. 127, n° 3, p. 305-329.
24. KHLAT M., 1996, contribution de la méthode cas-témoin à l'évaluation des programmes de santé, in KHLAT M., *Dir., Évaluation démographique des programmes de santé*, CICRED/FNUA /Coopération française, *Actes du Séminaire Évaluation démographique des programmes de santé*, 26-28 février 1996, Paris, p. 111-112.
25. KODIO B. et ÉTARD J.F., 1997, *Évolution récente de la mortalité infantile à Bamako, Mali, Population*, vol. 52, n° 2, INED, Paris, p. 381-398.
26. LALOU R. et LEGRAND T., 1996, La mortalité des enfants du Sahel en ville et au village, *Population*, 2, INED, Paris, p. 329-352.
27. LEBEGUE J., 1999 (à paraître), Pauvreté, exclusion sociale et mortalité des enfants. Le cas de Bamako (Mali), *Thèse de Doctorat de démographie Économique, Institut d'Études Politiques de Paris*, 677 p.
28. MARCOUX R. et PICHÉ V.,1996, Crise, pauvreté et nuptialité à Bamako (Mali), in GENDREAU, *Dir., Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud*, AUPELF-UREF, ESTEM, Paris, p. 219-235.
29. MARCOUX R., 1998, Entre l'école et la calebasse. Sous-scolarisation des filles et mise au travail à Bamako, in LANGE M.F., *Dir., L'école et les filles en Afrique*, khartala, Paris, p. 73-95.
30. MTATIFILICO F., 1992, Population dynamics and socioeconomic development in tanzania, in TOURE M. et FADAYOMI T.O., *Eds., Migrations, Development and Urbanization Policies subsaharan Africa*, CODESRIA, Dakar, p. 227-254.
31. NATIONS UNIES, 1994, *World population prospects : the 1994 revision*, Division de la population, New-York.
32. OMS, 1998, *Rapport sur la santé dans le monde en 1988 : la vie au XXIe siècle, une pespective pour tous : Rapport du directeur général*, Genève, 257 p.
33. PILON M., 1996, Les femmes chefs de ménage en Afrique : état des connaissances, in BISSILIAT J., *Dir., Femmes du Sud, chefs de famille*, Karthala, Paris, p. 235-256.
34. UNICEF, 1996, *La situation des enfants dans le monde*, 1996, New-York.
35. ZOUNGRANA C.M., TONKIDANG J., MARCOUX R. et JONATE M., 1998, La trajectoire scolaire des filles à Bamako. Un parcours semé d'embûches, in LANGE M.F., *L'école et les filles en Afrique*, Karthala, Paris, p. 167-196.