

RÉGIMES DÉMOGRAPHIQUES ET TERRITOIRE : les frontières en question

*Colloque international de La Rochelle
22 - 26 septembre 1998*



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

AIDELF

Espaces urbains et ruraux, injustice des lieux et régimes démographiques : la construction d'une nouvelle discontinuité spatiale de la mortalité en Afrique ?

Ferdinand NGUEYAP

I.F.O.R.D, Yaoundé, Cameroun

1 - Propos préliminaire

Les dimensions spatiales des politiques et phénomènes démographiques sont rarement abordées en Afrique. Ici ou là, l'on relève des singularités régionales ou nationales mais la plupart des études s'accordent sur l'homogénéité et l'unicité du régime et de l'espace démographiques africains : fortes mortalités et fécondités, mariage universel et précoce, polygamie ou mieux polygynie, malnutrition et sous-alimentation, etc. Il s'agit d'un déficit épistémique et bien des nuances méritent d'être apportées à cette territorialité globale et globalisante des phénomènes démographiques qui considère que l'espace n'intervient sur ce continent qu'uniquement comme échelle de mesure sans aucune détermination propre. Aujourd'hui on peut se demander si les frontières nationales ont encore une signification démographique dans le cadre de vastes programmes démographiques mondiaux initiés et entretenus par la « communauté internationale ». En fait, il existe depuis des décennies, des politiques de développement et de population qui dans de nombreuses régions du monde et particulièrement en Afrique, créent des iniquités démographiques et sociales spatialement circonscrites et insupportables.

L'analyse de la géographie africaine des phénomènes démographiques suggère l'apparition de discontinuités spatiales nouvelles ; des espaces ou « territoires » démographiques qui se construisent et se renforcent en Afrique. L'identification de ces nouvelles constructions, discontinuités ou continuités territoriales qui dépassent bien vite le cadre restreint des pays ou des régions permet de mettre en évidence les politiques de développement économique et social qui les ont engendrés ; politiques de développement ou de population qui sont, sans qu'on s'en rende compte, plus supranationales, internationales que nationales ou régionales. En effet, au cours des années, ces politiques supranationales ont construit de nouveaux espaces, une nouvelle géographie de développement social et économique : *les villes et les campagnes* qui ont aussi engendré des régimes démographiques particuliers. Considérée jusqu'à présent comme une variable explicative parmi tant d'autres, la résidence urbaine ou rurale n'est pas simplement une caractéristique individuelle ni simplement une échelle de mesure. Elle dessine une géographie, des configurations spatiales des phénomènes ou régimes démographiques qui varient ou se confondent avec les limites des espaces urbains et des espaces ruraux, mieux les limites du développement social et économique. Il s'agit alors d'une injustice des lieux et l'on peut dégager des aires démographiques africaines nécessitant une action appuyée. Finalement, une nouvelle continuité africaine se dégage sur cette discontinuité spatiale urbaine-rurale : les espaces démographiques urbains et les espaces démographiques ruraux se singularisent et s'assemblent.

Pour mettre en relief la construction de cette nouvelle discontinuité spatiale des régimes démographiques en Afrique, cette étude utilise le volet mortalité des données des enquêtes démographiques et de santé qui ont l'avantage d'être comparables sur le plan international et d'être représentatives sur le plan national.

2 - Construction historique des espaces urbains et ruraux et régimes démographiques.

Les espaces urbains et ruraux, injustice des lieux et régimes démographiques

Les fortes mortalités et fécondités africaines sont les éléments fondamentaux du (des) régime (s) démographique (s) à analyser, analyse urbaine-rurale qui s'inscrit dans la lignée des courants qui postulent que les régimes démographiques et leur différenciation spatiale sont en relation avec des disparités et structures territoriales d'ordre social et économique. Les études de la dynamique contemporaine des sociétés africaines montrent que l'absence de transition ou les transitions elles-mêmes, sont toutes liées aux conditions de vie des populations ou des groupes ; la transition se produit dans un contexte de progrès économique et social, antérieur ou concomitant (Gendreau, 1998). Cette communication s'inscrit dans le cadre de l'analyse de la mise en place des conditions qui ont entraîné les transitions de mortalité qui se produisent aujourd'hui en ville et dans les campagnes. Dans ce cas spécifique, que l'on soit en contexte de crise ou de pauvreté aujourd'hui, l'image des espaces ruraux montre finalement qu'une situation de crise permanente ne peut engendrer de transitions fortes. Depuis des décennies, les campagnes ont peu évolué ou ont été vidées des éléments de progrès par le processus de migration alors que les villes ont bénéficié en priorité des investissements d'où l'émergence d'une injustice ou d'une iniquité des lieux ou des conditions de vie dont il faut tenir compte dans l'analyse des régimes de transitions démographiques.

La construction historique des espaces urbains et ruraux met en relief le rôle du progrès ou développement économique et social dans la construction durable, l'amorce et le déroulement des transitions démographiques. L'urbanisation du continent africain est tardive et la population demeure sur ce continent en grande partie rurale. En 1950 seulement 14,5% de la population résident dans les villes. En 1990 presque le tiers de la population (32%) du continent est urbaine, soit sensiblement la même proportion qu'en Asie (31,3%), mais bien moins qu'en Europe (73,4%) ou qu'en Amérique Latine (71,5%) (Antoine, 1995). Même si les Nations Unies prévoit qu'à l'horizon 2025 plus de la moitié des africains vivront en ville (54,1%), il reste que l'autre moitié sera toujours rurale. L'analyse faite ici renvoie nécessairement à la notion du plus grand nombre et à celle des iniquités et des inégalités. Bien qu'il n'existent pas de lien direct entre le degré d'urbanisation des pays et la transition démographique en Afrique, partout les trajectoires de transitions démographiques suivies par les villes et les campagnes sont différentes. Des disparités importantes de niveaux actuels des phénomènes démographiques s'observent, se maintiennent et se renforcent entre villes et campagnes d'Afrique (CEA, 1985 ; Cantrelle et al, 1980 ; Lalou et al, 1993 ; Locoh et al, 1995 ; Mongi Bchir, 1979 ; Mudubu, 1996 ; Nations Unies, 1978, 1985 ; Nguéyap, 1995 ; Rakotondrabe, 1996 ; Rwenge, 1994, etc cités par Nguéyap, 1997). Ceci même quand les villes sont devenues des « lieux à problèmes » du fait de la pauvreté urbaine (Oberaï, 1988).

Pour comprendre ces inégalités de transition démographique entre villes et campagnes d'Afrique, il faut aller à l'origine et rappeler quelques facteurs associés au développement social. La ville aujourd'hui, fait figure de « modernisme » qui a toujours polarisé et continue de le faire, l'attention et les investissements même si au sein de ces villes aujourd'hui émergent de nouvelles inégalités, de nouvelles périphéries au centre, qui se sont construites lentement. Toutes les approches d'explication (économistes, technologistes, environnementalistes ou culturalistes, etc) d'absence ou de transition démographique ou des inégalités urbaines-rurales, rejoignent la géographie de la marginalité et du sous-développement des campagnes et/ou de la dépendance et d'inter relation. Le modèle de développement suggère que la ville est plus avancée que la campagne. De plus en plus peuplée et étendue, la ville se détache de son environnement rural ; de moins en moins originaire de la campagne, sa population se coupe des ruraux. S'accroissent alors des oppositions entre le milieu urbain qui profite des plus gros investissements, immédiatement perceptibles dans le paysage, et le milieu rural réduit à une portion congrue. Les campagnes

n'ignorent pas certains services, notamment en matière de scolarisation et de santé ... mais la plupart des équipements sociaux récents bénéficient en priorité et parfois exclusivement aux villes et depuis des décennies, les campagnes ne changent guère. Certes, les physionomies se modifient quelque peu, l'habitat se transforme mais les conditions d'existence restent les mêmes (Schneztler, 1985). La ville se développe en favorisant par ses structures et son organisation, la productivité des hommes et des entreprises, les économies d'échelle et d'agglomération tandis que la campagne ne bouge pas ou à peine. Les inégalités notamment l'inégalité urbaine-rurale sont des phénomènes structurels de l'économie capitaliste. La construction historique de la ville, du phénomène urbain nous place au centre de cette question sociale des campagnes, des « arrières-villes », nous place également au cœur de l'interface entre macro-économique et micro-local, entre le mondial et l'individuel lorsqu'on parlera de mortalité (Ngueyap, 1998). En fait, l'économie marchande, l'industrialisation et les économies d'échelle et d'agglomération furent à l'origine des villes. Pour appréhender cette spécificité liée au développement inégal et inégalitaire, s'imposent une conceptualisation et caractérisation de cet espace démographique. Cette échelle spatiale continue ou discontinue permet de voir les frontières démographiques qui se confondent avec les limites de la géographie du développement économique et social. Et qui dit géographie dit mise en contexte et en inter relation du local avec le mondial, des relations entre les inégalités urbaines-rurales, intra-urbaines, urbaines-urbaines, rurales-rurales, intra-rurales des faits de population notamment la mortalité, des différents processus de diffusion et de dispersion et le « mondial ».

Ainsi, les centres urbains se sont, de manière stratégique, développés rapidement. Historiquement, le processus d'industrialisation et de développement économique a été lié à la migration considérable vers les centres urbains croissants où se trouvait la demande de main-d'œuvre. Pour une meilleure utilisation des ressources publiques peu abondantes, tirant profit des économies d'échelle, les installations de production électrique et de traitement d'eau, les systèmes de transport et autres éléments, d'infrastructure publique ont été fortement localisés dans les régions urbaines. L'accès à l'infrastructure urbaine procure aux entreprises industrielles localisées dans ces zones, un avantage de coût comme le font les économies d'échelle qu'occasionne l'accès à des marchés plus grands et plus diversifiés pour la main-d'œuvre et pour d'autres facteurs de production (Oberai, 1988). Dans certains modèles de développement postulés par les économistes, la croissance de la production dans l'industrie et les services conduit à plus d'emplois industriels, à des salaires plus élevés, à l'augmentation de l'épargne, à de nouveaux et importants investissements, à la croissance du secteur industriel grâce à la demande des nouveaux services, etc. La campagne au contraire si elle n'est pas entraînée par la ville, comme c'est bien souvent le cas, demeure bien que laborieuse, un arrière-pays qui, durant la période coloniale et postcoloniale, est resté sans investissements importants même si quelquefois, des productions agricoles de rente ont favorisé le développement d'une infrastructure routière et ferroviaire circonscrite. Les paysans pour la plupart sans formation, sans qualification, les formés et qualifiés ou en quête de qualification/formation, émigrant vers les centres urbains, sont un nouveau type de prolétaires, une population laborieuse et disciplinée, qui est incapable d'émeutes comme les citoyens, et donc inapte à attirer l'attention des décideurs qui vivent pour, dans et de l'instant. Le développement inégal est donc à l'origine des régimes démographiques différenciés entre les villes et les campagnes ; les crises et la pauvreté structurelles des campagnes sont à l'origine des retards observés dans la transition démographique. Pour illustrer ces hypothèses, abordons concrètement le cas des régimes de mortalité.

L'émergence des iniquités démographiques et de mortalité

Ainsi, des politiques inégalitaires de développement entre espaces urbains et ruraux sont à l'origine des iniquités mieux de la baisse différenciée de la mortalité. Pour l'analyse de la mortalité, plusieurs approches et cadres conceptuels ont permis de faire des avancées vers la

compréhension de certaines situations. Mais ces approches médicales, nutritionnistes, sociales et culturelles, économiques sont tout aussi insuffisantes aujourd'hui. En adoptant la question de l'équité démographique (Mertens, 1995), l'on postule que les politiques de développement induisent des transitions ou iniquités de mortalité différentes via la distribution des ressources, la réduction de pauvreté, les systèmes d'inégalités spatiales et les politiques et la promotion de l'emploi et de la richesse. Ces facteurs agissent à leur tour sur les comportements démographiques à travers les politiques spécifiques de réduction de l'iniquité de mortalité, les transferts de revenus et le développement des services sociaux,... On peut ainsi élaborer un cadre d'analyse des iniquités démographiques et de mortalité ici, induites par les injustices des politiques de développement qui favorisent la ville au détriment de la campagne. Dans la suite de ce travail, les données des enquêtes démographiques et de santé (EDS ou DHS) sont utilisées pour mettre en relief les iniquités actuelles de mortalité entre villes et campagnes d'Afrique. Mais il importe tout d'abord d'insister sur leurs lacunes conceptuelles et méthodologiques.

3 - Les données : les enquêtes démographiques et de santé (EDS ou DHS)

Richesses et incertitudes des données des enquêtes démographiques et de santé

Les données utilisées sont produites dans le cadre du programme international des EDS qui fournissent des informations comparables grâce à la standardisation des questionnaires, des manuels de travail et des procédures de contrôle ou de correction des données. Les EDS concernent actuellement près de 28 pays africains dont le nombre d'enquêtes déjà réalisées ou à réaliser, varie entre 1 et 3. Les échantillons sont composés de 3500 à 12000 femmes âgées de 15 à 49 ans. L'histoire génésique complète de ces femmes fournit des informations détaillées sur chacun des enfants nés vivants (date de naissance et âge au décès), qui sont utilisées directement pour évaluer les niveaux, tendances et inégalités de mortalité des enfants (Barbiéri, 1993). La mortalité à analyser est celle entre la naissance et le cinquième anniversaire ou mortalité infanto-juvénile qui est décomposée en mortalité infantile (première année de vie) et juvénile (entre le premier et le cinquième anniversaire) qui sont d'ailleurs les plus couramment utilisées. Les quotients de mortalité ou probabilités de décéder sont produits à ces différents âges. En outre, les quotients et taux de mortalité infantile et juvénile figurent parmi les indicateurs utilisés pour juger du niveau de développement global des pays ; ils peuvent permettre de juger l'inégal développement entre villes et campagnes.

Les EDS fournissent des données de qualité souvent bien meilleures que n'importe quelle autre source démographique nationale mais comme dans la plupart des enquêtes rétrospectives, elles souffrent d'un certain nombre de biais dont les trois plus fréquents et plus lourds de conséquences sont : l'omission, la datation et les petits effectifs. Pour palier aux problèmes et aléas liés aux petits effectifs, les différents quotients de mortalité des enfants ont été produits pour une période de 10 ans précédant l'enquête. Mais le problème des omissions et de la datation et de l'exclusion des enfants orphelins de mère sont difficilement résolubles. Les niveaux de mortalité ne sont pas déterminés avec exactitude ; ils sont sous-estimés.

Des espaces urbains et ruraux encore à définir

L'autre grande difficulté est la définition et la nature des espaces urbains et ruraux¹ qui sont deux contextes distincts. Malgré l'ancienneté de cette approche urbaine-rurale (Nations Unies, 1954), le bilan des recherches comparatives est bien maigre. Si au niveau des pays, des descriptions attirent l'attention sur ces inégalités, les difficultés surgissent dès lors qu'il s'agit de comparer entre ou dans les pays ou d'expliquer les différences observées. Cela tient d'abord

¹ Ce passage du texte est tiré de Ngueyap, 1997. Pour les références et auteurs cités, se référer à ce document.

aux questions de définition. Il est intéressant de constater qu'aussi universelle que soit la ville, et même la campagne, il n'en existe pas de définitions rigoureuses. Les démographes emploient divers termes qui cachent mal cette difficulté : « milieu », « secteur d'habitat », « milieu ou lieu de résidence », « zone d'habitat », « nature du milieu de résidence » (urbain/rural), etc. Et à l'intérieur du milieu urbain, distinction est faite entre « petites » et « grandes » villes, villes « principales » et « secondaires », zones urbaines « défavorisées » et « résidentielles, favorisées », etc. Tandis que le milieu rural est perçu comme homogène!

Tout n'est pas ici question de concept, mais de contenu. La ville, la campagne, sous toutes leurs expressions, désignent des réalités fort diverses. D'abord, le milieu urbain-rural est appréhendé de façon dichotomique. Rares sont les démographes qui recherchent une dimension spatiale propre aux phénomènes démographiques (en dehors des migrations) et donnent un sens à « l'espace démographique » (Delaunay, 1994). L'espace n'intervient que comme échelle de mesure. La ville, la campagne sont aussi considérées comme caractéristiques individuelles et bien que l'utilisation du terme « milieu » soit courante, il est très tôt remplacé au fil des textes par « résidence ». Tout se passe comme si l'on « réside » en ville, en campagne sans perdre son identité. L'objet ne serait pas de trouver une définition universelle qui gommerait la spécificité mais de s'entendre sur un minimum de conventions car, « des mauvaises données ne peuvent pas aboutir à de bons résultats, quelle que soit par ailleurs la puissance des méthodes statistiques utilisées » (Loriaux, 1995). Il y a effectivement un « défi de définitions » (Gregory, 1988 cité par Ngueyap, 1997) qui sont à la fois ambiguës et complexes du fait même de la complexité du milieu urbain, du milieu rural et des relations qu'ils entretiennent. Très souvent, le milieu rural est défini par opposition à ce qui n'est pas urbain ; ou alors on évoque le milieu rural sans qu'on sache de quoi il est question. Par rapport à la ville, on peut s'étonner de cet extraordinaire conformisme des démographes ou de leurs travaux aux définitions, fondées sur des critères simplistes, qui leurs sont proposées dans différents pays et contextes par les administrations. Plus qu'ailleurs, les pays africains présentent une grande variété de définitions qui combinent les critères de taille, de rang administratif et de fonction économique de la localité (Gregory, 1988 ; Nations unies, 1984, 1986 ; Timnou, 1993 ; Yana, 1994 cités par Ngueyap, 1997). L'on rencontre ainsi pour 38 pays d'Afrique subsaharienne, plus de 25 définitions (Gregory, 1988) et pour 21 pays africains, l'annuaire démographique des Nations Unies (1984) présente 17 définitions de ville différentes.

L'autre difficulté des recherches actuelles est l'interchangeabilité entre termes « urbain » et « urbanisation » ; l'étude de l'urbanisation et des phénomènes démographiques est-elle celle des milieux urbain/rural ? En outre, ces difficultés de définition et de reclassification liée à la croissance urbaine dans de nombreux pays en développement posent le problème de la « citadinité » ou de la « ruralité » des citadins et ruraux. Les démographes, devraient se poser les questions suivantes : qui sont les citadins, les ruraux ? En attendant la mise au point d'un minimum de conventions, abordons tout en gardant à l'esprit ces questions de définitions, de degré de développement social et économique et de caractérisation des villes et campagnes, les iniquités de mortalité dans l'enfance en Afrique.

4 - La construction d'une nouvelle discontinuité spatiale urbaine-rurale de la mortalité

Mortalité dans l'enfance, mortalité urbaine et mortalité rurale

Le tableau 1 présente pour chaque pays étudié, des quotients de mortalité infantile, de mortalité juvénile et de mortalité infanto-juvénile pendant la période de 5 ans précédant l'enquête pour les niveaux « ensemble », et pour une période de 10 ans précédant l'enquête pour les mortalités des villes et des campagnes. Les niveaux de mortalité demeurent extrêmement élevés, plus élevés que sur n'importe quel autre continent ou sous-continent du monde en développement. La moyenne des quotients de mortalité entre la naissance et le cinquième anniversaire est proche de 140 pour mille et dans certains pays, ce quotient de mortalité

infanto-juvénile approche et dépasse 200 pour mille comme l'ont également constaté la plupart des études antérieures (Barbiéri, 1993 ; Hill, 1991 ; Ngueyap, 1998). En outre, l'Afrique est éclatée en configurations régionales de mortalité : Ouest (200 pour mille), Nord et Sud (inférieures à 100 pour mille) et Est à un niveau intermédiaire.

En milieu rural, la moyenne des quotients de mortalité infanto-juvénile est proche de 170 pour mille et dans le tiers des pays (8/24) les risques de mourir approchent et dépassent largement 200 pour mille, voire 300 pour mille au Niger (346,8 pour mille). Quatre pays seulement ont des niveaux de mortalité entre la naissance et le cinquième anniversaires inférieurs à 100 pour mille : Botswana (55,6 pour mille), Zimbabwe (80,3 pour mille), Kenya (95,6 pour mille) et Maroc (97,6 pour mille). Les autres pays, en majorité de l'Afrique de l'Est et du Sud, ont des probabilités de décéder avant le cinquième anniversaire entre 120 et 180 pour mille. Les niveaux de mortalité des enfants de moins de 5 ans varient du simple au triple voire septuple. Il en est ainsi lorsqu'on compare le Botswana rural (55,6 pour mille), au Zimbabwe rural (80,3 pour mille), le Maroc rural (97,8 pour mille), le Kenya (95,6 pour mille) avec le Niger (346,8 pour mille), le Mali (272,5 pour mille), la Zambie (204,5 pour mille), le Nigeria (207,7 pour mille) ou le Bénin (199,5 pour mille).

Ces inégalités sont moins prononcées pour la mortalité infantile tout en gardant la même structure. Les niveaux de mortalité infantile varient du simple au quadruple ; c'est le cas entre le Botswana (39,5 pour mille) et le Niger (142,6 pour mille). Les milieux ruraux africains en termes de mortalité infantile sont moins nettement distincts. Cela rejoindrait la thèse que les facteurs exogènes qui expliquent pour une large part la mortalité infantile sont plus difficiles à maîtriser. Mais, ces facteurs restent importants dans un environnement peu pourvu en services sanitaires. L'Afrique rurale est par contre très éclatée quand on considère la probabilité de décéder entre le premier et le cinquième anniversaires. Les quotients de mortalité varient du simple à 14. Il est ainsi, lorsqu'on compare le Botswana (16,7 pour mille) et le Niger (238,1 pour mille). Alors que les niveaux de mortalité devaient raisonnablement être en dessous de 20 pour mille (Botswana : 16,7 pour mille), cinq pays ont un quotient entre 30 et 40 pour mille : Zimbabwe, Kenya, Burundi, Maroc et Égypte. En Zambie, au Burundi, au Sénégal, au Nigeria, au Mali, au Bénin, plus ou moins 100 enfants, voire 250 au Niger (238,1 pour mille) meurent entre le premier et le cinquième anniversaire.

Les différences de mortalité des milieux urbains africains sont moins prononcées, elles varient du simple au quadruple. Le Niger, le Malawi et le Mali ont des niveaux de mortalité proches ou supérieurs à 200 pour mille. Le tiers des pays (Zimbabwe, Botswana, Kenya, Comores, Sénégal, Égypte et Maroc) ont des niveaux de mortalité infanto-juvénile inférieurs à 100 pour mille. Pour le reste des pays, les niveaux se situent entre 110 et 160 pour mille. En outre, à l'exception du Malawi où plus de 100 enfants citadins meurent avant leur premier anniversaire, les autres pays ont des niveaux de mortalité infantile urbaine se situant entre 50 et 100 pour mille. La différence entre la mortalité du Botswana (39,4 pour mille) et du Mali (118,1 pour mille) est d'environ 1 à 3. Par contre, ces différences sont plus accentuées quand on considère la mortalité juvénile ; les niveaux varient de 1 à 15 voire 19. Il en est ainsi lorsqu'on compare le Zimbabwe où moins de 20 enfants sur mille meurent avec le Malawi, le Mali et le Niger où c'est le cas de près ou plus de 100 enfants. Les autres pays ont des niveaux de mortalité juvénile urbaine compris entre 30 et 70 pour mille. Finalement, les milieux urbains si on en juge par les niveaux de mortalité juvénile sont plus éclatés que les milieux ruraux.

Les niveaux de mortalité infanto-juvénile, infantile et juvénile par pays en milieux ruraux comme urbains sont très élevés, voire inquiétants. Nulle part ailleurs dans le monde de tels niveaux de mortalité sont relevés. En Afrique, les milieux urbains et ruraux sont très éclatés en ce qui concerne la mortalité juvénile et infanto-juvénile. La mortalité juvénile, qui apparaît comme très contrastée entre milieux urbains, témoigne de l'inégal développement social et économique des pays, des milieux ruraux et urbains. Si les inégalités de mortalité infantile, témoignent plus des inégalités de politiques et contextes sanitaires, elles ne suggèrent pas une homogénéité continentale, régionale ou nationale. Qu'en est-il des différences urbaines-rurales de mortalité ?

TABLEAU 1. QUOTIENTS DE MORTALITÉ POUR MILLE AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE L'ENFANCE SELON LES MILIEUX URBAINS ET RURAUX EN AFRIQUE

Pays	Date de l'enquête	Mortalité infantile (IQ0)			Mortalité juvénile (Q1)			Mortalité infanto-juvénile		
		Rural**	Urban**	Ensemble*	Rural**	Urban**	Ensemble*	Rural**	Urban**	Ensemble*
Afrique du Nord										
Égypte	1995	86,8	51,1	62,6	32	14,1	19,2	116	64,5	80,6
Maroc	1992	69,3	51,9	57,3	30,7	7,2	20	97,8	58,7	76,1
Afrique de l'Ouest										
Bénin	1996	112,3	84,4	93,9	98,3	71,6	80	199,5	150	166,5
Côte d'Ivoire	1994	99,7	74,7	88,5	72,7	49,1	66,9	165,2	120,2	149,5
Ghana	1993	82,2	54,9	66,4	73	37	56,8	149,2	89,9	119,4
Mali	1995/96	145	98,7	122,5	149,2	101,5	131,1	272,5	190,1	237,5
Niger	1992	142,6	89	123,1	238,1	133,2	222,6	346,8	210,3	318,4
Nigeria	1990	95,8	75,4	87,2	123,8	58,9	115,2	207,7	129,8	192,4
Sénégal	1997	79,1	50,2	67,7	93,5	41,3	76,5	165,3	89,4	139
Togo	1988	86,9	72,8	81	89,3	62,7	85	168,5	130,9	158
Afrique Centrale										
Cameroun	1991	86,1	71,7	65	79,7	52,3	65,6	158,9	120,3	126,3
République Centrafricaine	1994/95	116,3	79,9	96,7	70,3	52,9	67,2	178,4	126,6	157,4
Afrique de l'Est et des Océans										
Burundi	1987	87,5	84,6	75	108,2	85,7	82,9	186,3	163	151,8
Comores	1996	90	63,8	77,3	35,8	18	28,6	122,6	80,7	103,7
Kenya	1993	64,9	45,5	61,7	32,8	31,3	36,7	95,6	75,4	96,1
Madagascar	1992	106,8	74,7	93	85,6	72,8	76,7	183,2	142,1	162,6
Ouganda	1995	87,6	74,4	81,3	78,4	63,8	71,9	159,1	133,5	147,7
Rwanda	1992	90,3	87,5	84,8	79,7	73,6	71,6	162,8	154,6	150,3
Soudan	1989/90	78,6	74,1	69,9	70,9	46,4	57,4	143,9	117,1	123,1
Tanzanie	1996	97,1	83,1	87,5	59,6	42,6	53,7	150,9	122,2	136,5
Zambie	1996	117,9	91,9	108,9	98,1	89,6	98,4	204,5	173,3	196,6
Afrique Australe										
Botswana	1988	39,5	39,4	37,4	16,7	18	16	55,6	56,7	57,7
Malawi	1992	138	118,1	134,3	122,9	98,9	114,9	243,9	205,4	233,8
Zimbabwe	1994	53,6	44,3	52,8	28,2	19,5	25,6	80,3	63	77,1

* Pour la période de cinq ans précédant l'enquête; ** Pour la période de dix ans précédant l'enquête

Source : Rapports EDS Pays

TABLEAU 2. DIFFÉRENCES EN POURCENTAGES DE COEFFICIENTS DE MORTALITÉ DANS L'ENFANCE ENTRE MILIEUX URBAINS ET RURAUX EN AFRIQUE (MILIEU URBAIN BASE 100)

Pays	Date de l'enquête	Mortalité Infantile (IQ0)		Mortalité Juvénile (IQ1)		Mortalité Infanto-juvénile	
		Rural**	Urban**	Rural**	Urban**	Rural**	Urban**
Afrique du Nord							
Egypte	1995	169,9	100	227,0	100	179,8	100
Maroc	1992	133,5	100	426,4	100	166,6	100
Afrique de l'Ouest							
Bénin	1996	133,1	100	137,3	100	133,0	100
Côte d'Ivoire	1994	133,5	100	148,1	100	137,4	100
Ghana	1993	149,7	100	197,3	100	166,0	100
Mali	1995/96	146,9	100	147,0	100	143,3	100
Niger	1992	160,2	100	178,8	100	164,9	100
Nigeria	1990	127,1	100	210,2	100	160,0	100
Sénégal	1997	157,6	100	226,4	100	184,9	100
Togo	1988	119,4	100	142,4	100	128,7	100
Afrique Centrale							
Cameroon	1991	120,1	100	152,4	100	132,1	100
République Centrafricaine	1994/95	145,6	100	132,9	100	140,9	100
Afrique de l'Est et des Océans							
Burundi	1987	103,4	100	126,3	100	114,3	100
Comores	1996	141,1	100	198,9	100	151,9	100
Kenya	1993	142,6	100	104,8	100	126,8	100
Madagascar	1992	143,0	100	117,6	100	128,9	100
Ouganda	1995	117,7	100	122,9	100	119,2	100
Rwanda	1992	103,2	100	108,3	100	105,3	100
Soudan	1989/90	106,1	100	152,8	100	122,9	100
Tanzanie	1996	116,8	100	139,9	100	123,5	100
Zambie	1996	128,3	100	109,5	100	118,0	100
Afrique Australe							
Botswana	1988	100,3	100	92,8	100	98,1	100
Malawi	1992	116,9	100	124,3	100	118,7	100
Zimbabwe	1994	121,0	100	144,6	100	127,5	100

* Pour la période de cinq ans précédant l'enquête; ** Pour la période de dix ans précédant l'enquête
Source des données de base : Rapports EDS Pays

Espaces urbains, espaces ruraux et transitions différenciées de mortalité des enfants

Le tableau 2 présente les quotients de chaque pays rapportés à un niveau 100 correspondant au milieu urbain ce qui permet de voir facilement quelle est la différence nette de mortalité entre ville et campagne. La ville est plus favorable à la survie infantile, juvénile et infanto-juvénile que le milieu rural et donc il existe de fortes inégalités de mortalité dans l'enfance entre villes et campagnes. Si l'on exclut le Botswana, où le milieu rural semble même avoir un léger avantage sur le milieu urbain, partout ailleurs, les mortalités rurales sont largement et systématiquement supérieures aux mortalités urbaines. Les différences sont plus nettes et plus révélatrices des iniquités, pour la mortalité juvénile entre le premier et le cinquième anniversaires : le quotient de mortalité rurale est le double du quotient de mortalité juvénile urbaine aux Comores, au Sénégal, au Nigeria, au Ghana et d'une fois et demie environ en Côte d'Ivoire, au Mali, au Niger, au Cameroun, au Soudan et au Zimbabwe. La différence est moins nette au Malawi (1,2), en Ouganda (1,2), à Madagascar (1,2), au Burundi (1,3), en République Centrafricaine (1,3). Elles sont plus faibles encore au Botswana, en Zambie (1,1), au Rwanda (1,1) et au Kenya (1,1). Ainsi quelque soit la qualité des données, la mortalité juvénile urbaine est de loin inférieure à la mortalité juvénile rurale. Ces iniquités de mortalité entre le premier et le cinquième anniversaires sont en grande partie responsables des inégalités de mortalité infanto-juvénile, même si celles de la mortalité infantile sont aussi importantes.

Les contrastes de mortalité infantile entre villes et campagnes sont moins prononcés au Botswana (1,0), au Soudan (1,1), au Rwanda (1,0), au Burundi (1,0) ; ils sont légèrement accentués au Zimbabwe (1,2), au Malawi (1,2), en Zambie (1,3), en Tanzanie (1,2), en Ouganda (1,2), au Cameroun (1,2), au Togo (1,2), au Nigeria (1,3), au Bénin (au Maroc et en Côte d'Ivoire (1,3). Cette mortalité est au moins 1,5 fois plus élevée que la mortalité urbaine en Égypte (1,7), au Ghana (1,5), au Mali (1,5), au Niger (1,6), au Sénégal (1,6), aux Comores (1,4) et au Kenya (1,4).

Il apparaît que contrairement à ce qui est communément admis, de nouveaux espaces et régimes de mortalité se construisent en Afrique. Malgré la dégradation économique, sociale et politique récente de nombreux pays africains, le quotient de mortalité infanto-juvénile qui est un bon indicateur global de développement sanitaire, économique et social suggère que le développement est resté très inégal entre villes et campagnes ; ces dernières étant toujours défavorisées. Les inégalités de développement socio-économique sont, à leur tour, responsables de la mortalité de la petite enfance dans une sorte de cercle vicieux. Le fait que les différences de mortalité infantile soient moins prononcées montre l'importance des facteurs exogènes et les différences d'évolution des contextes sociaux et économiques. Les contrastes de mortalité entre campagne et grandes villes en témoignent. La mortalité juvénile rurale est le double de celle de Bamako (2,1) au Mali, de Niamey (2,4) au Niger, de Dar el Salaam (2,1) en Tanzanie, de Douala et Yaoundé (1,7) au Cameroun.

L'évolution de la mortalité des enfants entre villes et campagnes

Le tableau 3 donne les quotients de mortalité pour les pays qui ont réalisé au moins deux EDS et à de périodes différentes (distantes de 3 à 11 ans). Le tableau 4, présente des quotients rapportés, pour chaque pays, à un niveau 100 correspondant à la période la plus récente (variable par pays), ce qui permet de voir facilement l'évolution suivie pendant la période en ville et à la campagne. La baisse de la mortalité n'a pas été systématique dans tous les pays considérés. La Zambie est le seul pays où il y a eu une hausse pour tous les âges considérés de l'enfance entre les deux périodes. Des tendances similaires sont observées pour la mortalité infantile et infanto-juvénile au Mali et au Kenya et en milieu rural zimbabwéen. Ce schéma est exceptionnel car partout où l'on a observé une évolution à la hausse, la mortalité rurale a augmenté moins que la mortalité urbaine. Bien que des analyses plus fines soient nécessaires pour confirmer cette évolution à la hausse, on peut penser qu'en cas de difficultés, crises et

retournements économiques au sein des pays, l'ampleur de la hausse de la mortalité sera plus faible pour les campagnes qui ont moins bénéficiées des progrès enregistrés dans le domaine économique et sanitaire.

Ailleurs, où il y a eu baisse de la mortalité, la diversité des situations est telle qu'il est très difficile de dégager un schéma unique ou spécifique. Les baisses de mortalité les plus sensibles ont été obtenues au Sénégal et au Ghana (la mortalité a été divisée par 1,5) ; un peu moins en Ouganda, en Égypte, en Tanzanie (1,2). Il faut relever et c'est important, que malgré les crises et autres programmes de « relances » économiques, la survie juvénile urbaine a connu les progrès les plus systématiques. Le quotient en milieu urbain a été divisé par plus de 1,5 au Ghana (1,9), au Sénégal (1,7), par environ 1,2 au Zimbabwe, en Tanzanie, en Ouganda, au Mali et en Égypte. La mortalité infantile a aussi beaucoup plus baissé dans les villes que les campagnes au Ghana, au Sénégal, au Kenya, en Ouganda, en Tanzanie et au Zimbabwe. La mortalité rurale a baissé plus vite que la mortalité urbaine dans deux cas spécifiques : la mortalité infantile en Égypte et la mortalité juvénile au Sénégal. Pour le Sénégal, la crise économique qui y sévit depuis des décennies a particulièrement frappé les couches urbaines tandis qu'en Égypte les raisons restent obscures. Remarquons enfin que les cas de la Zambie et de l'Ouganda, montrent que les crises économiques et sociales aiguës peuvent avoir plus d'effets néfastes sur la survie des enfants que le SIDA ; l'évolution de la mortalité a été plus positive en Ouganda qu'en Zambie, pays moins touché par la pandémie du sida. S'agit-il d'un nouveau schéma de mortalité faiblement influencé par les contextes sanitaires et épidémiologiques ?

Structures par âge de la mortalité dans l'enfance entre villes et campagnes.

La particularité de la structure par âge de la mortalité dans l'enfance mise en relief par de nombreux auteurs (Hill, 1991 ; Garenne, 1981 ; Pison et al, 1985 cités par Barbiéri, 1993) réside en ce que, le niveau de mortalité de 1 à 5 ans est très élevé relativement au niveau de la mortalité au dessous de 1 an, et ce, particulièrement en Afrique subsaharienne. Ailleurs dans le monde en développement, le taux de mortalité juvénile n'atteint au contraire que 50 pour cent environ de la mortalité infantile ; ces deux indicateurs étant fréquemment équivalents en Afrique. Les études récentes suggèrent une atténuation progressive de ce « particularisme africain » (Barbiéri, 1993). Le tableau 5 présente le rapport de la mortalité juvénile (4Q1) sur la mortalité infantile (1Q0) dans chaque pays et selon le « milieu de résidence ». La surmortalité juvénile a sensiblement diminué mais elle reste à un niveau très élevée comparativement à la mortalité infantile. Elle reste aussi très présente en Afrique de l'Ouest où elle est supérieure à la mortalité infantile au Niger, au Nigeria, au Sénégal, au Togo, et ailleurs, au Cameroun et au Burundi. Cinq pays seulement sur les 24 examinés ont une mortalité juvénile qui représente moins de 50 pour cent de la mortalité infantile : Égypte, Maroc, Comores, Botswana et Zimbabwe. Dans la majorité des pays de l'étude (13 sur 24), la mortalité juvénile représente entre 50 et 90 pour cent de la mortalité infantile.

TABLEAU 3. ÉVOLUTION DES QUOTIENTS (POUR MILLE) DE MORTALITÉ DANS L'ENFANCE ENTRE MILIEUX URBAINS ET RURAUX DANS QUELQUES PAYS

Pays	Date de l'enquête	Mortalité Infantile IQ0		Mortalité Juvenile 4Q1		Mortalité Infanto-juvénile				
		Rural**	Urban**	Ensemble*	Rural**	Urban**	Ensemble*	Rural**	Urban**	Ensemble*
Afrique du Nord										
Égypte	1995	86,8	51,1	62,6	32	14,1	19,2	116	64,5	80,6
	1992	96,2	54,4	61,5	39,1	17,6	24,8	131,6	71,1	84,8
Afrique de l'Ouest										
Ghana	1993	82,2	54,9	66,4	73	37	56,8	149,2	89,9	119,4
	1988	86,8	66,9	77,2	82,9	68,8	84	162,5	131,1	154,7
Mali	1995/96	145	98,7	122,5	149,2	101,5	131,1	272,5	190,1	237,5
	1987	119	72	108	173	119	159	271	182	249
Sénégal	1997	79,1	50,2	67,7	93,5	41,3	76,5	165,3	89,4	139
	1992/93	86,7	54,5	68	106,8	50	68	184,2	101,8	131,4
1986	102,3	69,8	86,4	164,1	70,6	114,3	249,6	135,4	190,8	
Afrique de l'Est et des Océans										
Kenya	1993	64,9	45,5	61,7	32,8	31,3	36,7	95,6	75,4	96,1
	1989	58,9	56,8	59,6	34,3	34,2	31,5	91,2	89	89,2
Ouganda	1995	87,6	74,4	81,3	78,4	63,8	71,9	159,1	133,5	147,7
	1988/89	106,6	103,1	101,2	94	67,6	88,1	190,6	163,7	180,4
Tanzanie	1996	97,1	83,1	87,5	59,6	42,6	53,7	150,9	122,2	136,5
	1991/92	108,3	97,2	91,6	61	57,1	54,6	152,2	159,2	141,2
Zambie	1996	117,9	91,9	108,9	98,1	89,6	98,4	204,5	173,3	196,6
	1992	115,8	78	107,2	96,6	78,9	93,6	201,2	150,8	190,7
Zimbabwe	1994	64,5	37,8	52,7	36,4	17,8	23,7	98,6	54,9	75,1
	1988	53,6	44,3	52,8	28,2	19,5	25,6	80,3	63	77,1

* Pour la période de cinq ans précédant l'enquête; ** Pour la période de dix ans précédant l'enquête

Source : Rapports EDS Pays

TABLEAU 4 : ÉVOLUTION EN POURCENTAGE DES QUOTIENTS DE MORTALITÉ DANS L'ENFANCE ENTRE MILIEUX URBAINS ET RURAUX
(ANNÉE LA PLUS RÉCENTE BASE 100)

Pays	Date de l'enquête	Mortalité Infantile IQ0			Mortalité Juvénile 4Q1			Mortalité Infanto-juvénile		
		Rural**	Urbain**	Ensemble*	Rural**	Urbain**	Ensemble*	Rural**	Urbain**	Ensemble*
Afrique du Nord										
Égypte	1995	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	1992	110,8	106,5	98,2	122,2	124,8	129,2	113,4	110,2	105,2
Afrique de l'Ouest										
Ghana	1993	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	1988	105,6	121,9	116,3	113,6	185,9	147,9	108,9	145,8	129,6
Mali	1995/96	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	1987	82,1	72,9	88,2	116,0	117,2	121,3	99,4	95,7	104,8
Sénégal	1997	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	1992/93	109,6	108,6	100,4	114,2	121,1	88,9	111,4	113,9	94,5
1986	129,3	139,0	127,6	175,5	170,9	149,4	151,0	151,5	137,3	
Afrique de l'Est et des Océans										
Kenya	1993	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	1989	90,8	124,8	96,6	104,6	109,3	85,8	95,4	118,0	92,8
Ouganda	1995	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	1988/89	121,7	138,6	124,5	119,9	106,0	122,5	119,8	122,6	122,1
Tanzanie	1996	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	1991/92	111,5	117,0	104,7	102,3	134,0	101,7	100,9	130,3	103,4
Zambie	1996	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	1992	98,2	84,9	98,4	98,5	88,1	95,1	98,4	87,0	97,0
Zimbabwe	1994	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	1988	83,1	117,2	100,2	77,5	109,6	108,0	81,4	114,8	102,7

* Pour la période de cinq ans précédant l'enquête; ** Pour la période de dix ans précédant l'enquête
Source de données de base : Rapports EDS Pays

TABLEAU 5 : STRUCTURE DE LA MORTALITÉ DANS L'ENFANCE (RAPPORT 4Q1/1Q0)
SELON LES MILIEUX URBAINS ET RURAUX

Pays	Date de l'enquête	Rapport mortalité juvénile sur mortalité infantile (4Q1/1Q0) en %		
		Rural	Urbain	Ensemble
Afrique du Nord				
Égypte	1995	36,9	27,6	30,7
Maroc	1992	44,3	13,9	34,9
Afrique de l'Ouest				
Bénin	1996	87,5	84,8	85,2
Côte d'Ivoire	1994	72,9	65,7	75,6
Ghana	1993	88,8	67,4	85,5
Mali	1995/96	102,9	102,8	107,0
Niger	1992	167,0	149,7	180,8
Nigeria	1990	129,2	78,1	132,1
Sénégal	1997	118,2	82,3	113,0
Togo	1988	102,8	86,1	104,9
Afrique Centrale				
Cameroun	1991	92,6	72,9	100,9
République Centrafricaine	1994/95	60,4	66,2	69,5
Afrique de l'Est et des Océans				
Burundi	1987	123,7	101,3	110,5
Comores	1996	39,8	28,2	37,0
Kenya	1993	50,5	68,8	59,5
Madagascar	1992	80,1	97,5	82,5
Ouganda	1995	89,5	85,8	88,4
Rwanda	1992	88,3	84,1	84,4
Soudan	1989/90	90,2	62,6	82,1
Tanzanie	1996	61,4	51,3	61,4
Zambie	1996	83,2	97,5	90,4
Afrique australe				
Botswana	1988	42,3	45,7	42,8
Malawi	1992	89,1	83,7	85,6
Zimbabwe	1994	52,6	44,0	48,5

Source de données de base : Rapports EDS Pays

Cette structure par âge de la mortalité dans l'enfance par pays est fortement influencée par la structure par âge de cette mortalité en milieu rural. L'ensemble des pays décrits dont la structure par âge de la mortalité dans l'enfance présentait ce particularisme africain, le conservent fortement et systématiquement en milieu rural. Au contraire en milieu urbain la mortalité juvénile est partout inférieure à la mortalité infantile sauf au Niger, au Mali et au Burundi où elles sont presque équivalentes. En dehors des cas des Comores, du Botswana, de l'Égypte, du Maroc, où la mortalité juvénile rurale correspond à moins de 50 pour cent de la mortalité infantile rurale, dans les autres pays la première représente entre 60 et 90 pour cent de la seconde à l'exception du Kenya et du Zimbabwe. En milieu urbain, la mortalité juvénile ne représente plus que 13,9 pour cent de la mortalité infantile au Maroc, 27,6 pour cent en Égypte,

moins de (ou environ) 50 pour cent au Zimbabwe, au Botswana, en Tanzanie et aux Comores. Enfin, le rapport $4Q1/1Q0$ en milieu urbain est plus élevé que dans le milieu rural en Zambie, à Madagascar, au Kenya, en République Centrafricaine et au Mali, pays très pauvres ou en voie de paupérisation par la crise et les ajustements économiques (Mali, RCA, Zambie et Madagascar) qui ont durement et durablement frappés les ménages urbains qui vivent dans une économie de pénurie. Pour le cas spécifique du Kenya, rappelons que Barbiéri (1993) notait qu'on y a observé une remontée brutale des taux de mortalité dans l'enfance, hausse de la mortalité qui a ramené « les taux à des niveaux qui n'avaient pas été observés depuis une dizaine d'années, réduisant à néant les progrès réalisés au cours de la décennie 80... ».

La mortalité juvénile reste à des niveaux élevés mais n'est pas systématiquement supérieure ou proche de la mortalité infantile en milieu urbain au contraire des campagnes où des efforts restent à faire. Le rapport $4Q1/1Q0$ est toujours supérieur ou proche de 1 dans un nombre important de pays et l'on s'attend à ce qu'il passe en dessous de 0,5 voire 0,4 comme en milieu rural Égyptien. Comment va évoluer cette structure de mortalité dans l'enfance dans le temps ; les différences de structures entre milieux urbains et ruraux et entre pays sont-elles uniquement liées aux niveaux de mortalité ? L'analyse des relations entre ces rapports et le niveau de mortalité infanto-juvénile permettra de se prononcer.

Essai de prospective par l'analyse des relations entre structures de mortalité et niveaux de mortalité dans l'enfance entre villes et campagnes

La mise en relation du rapport des quotients de mortalité entre 1 et 5 ans ($4Q1$) et avant 1 an ($1Q0$) et du niveau général de mortalité de mortalité infanto-juvénile ($5Q0$) en milieu urbain, rural et dans l'ensemble du pays montre qu'en milieu urbain, il existe une relation linéaire entre ces deux éléments : plus le niveau de mortalité est élevé plus le rapport de ses deux composantes est élevé, à l'exception des pays comme le Sénégal, le Kenya et la Tanzanie. Pour ce dernier pays, au contraire du Kenya, le rapport de la mortalité juvénile sur la mortalité infantile est faible relativement au niveau de mortalité infanto-juvénile en milieu urbain. Cette relation linéaire est assez grossière au niveau des pays. Néanmoins, plus le niveau de mortalité est bas, plus le rapport de ces deux composantes est faible. La relation est encore plus grossière en milieu rural. Lorsque le niveau de mortalité est inférieur à 120 pour mille, plus la mortalité dans l'enfance est faible et relativement plus élevé est le rapport entre ses composantes. Il semble ne pas y avoir de relation entre le niveau de mortalité dans l'enfance, lorsqu'il est supérieur à 120 pour mille, et le rapport de la mortalité juvénile sur la mortalité infantile. Au total, en Afrique, les différences de structure de mortalité dans l'enfance qui existent entre pays ou entre milieux urbains sont aussi associées aux différences de mortalité et donc au niveau de l'inégal développement en milieu rural. Le cas des milieux ruraux montre que les différences de structures de mortalité semblent plus associés aux conditions d'existence (encore largement défavorables à la survie) qu'au niveaux de mortalité, probablement parce qu'ils sont encore, et peut-être pour longtemps, très élevés et impressionnants. Une certitude cependant : lorsque le quotient de mortalité dans l'enfance est inférieur à 100 pour mille, la mortalité juvénile représente plus que 50 pour cent de la mortalité infantile à l'exception des milieux urbains au Sénégal, au Kenya et au Ghana. Ces exceptions renforcent l'idée que tout n'est pas ici question de niveau de mortalité mais aussi de l'ensemble des iniquités économiques et sociales récentes ou anciennes.

BIBLIOGRAPHIE

- P. ANTOINE, 1995. « Population et urbanisation en Afrique », *La Chronique du CEPED*, 17, Paris.
- M. BARBIERI, 1993. « Niveaux, tendances et structures par âge la mortalité des enfants en Afrique subsaharienne : une analyse des enquêtes démographiques et de santé », *Séminaire sur Mortalité infantile et juvénile en Afrique : bilan des recherches et politiques de santé*, Yaoundé 19-23 juillet 1993, 18 p.
- D. DELAUNAY, 1994. « Fécondités mexicaines : le choix des lieux », Communication présentée aux Cinquièmes journées démographiques de l'ORSTOM sur « *Maîtrise de la fécondité et planification familiale* », Paris, 28-30 septembre 1994.
- F. GENDREAU, 1998. « Pauvreté et changements démographiques », *La Chronique du CEPED*, 29, Paris.
- F. GENDREAU, E. LUCAS, 1996. Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud, Paris, ESTEM/UREF.
- A. HILL, 1991. « Infant and child mortality : levels, trends and data deficiencies », in : *Disease and mortality in sub-saharan Africa* (R. G. Feachem et D. T. Jamesson eds), Oxford, Banque Mondiale/Oxford University Press, pp 37-74.
- T. LOCOH, Y. MAKDESSI, 1995. « Baisse de la fécondité : la fin de l'exception africaine », *La Chronique du CEPED*, 18, Paris.
- M. LORIAUX, 1995. « Les approches méthodologiques en sociologie de la population : bilan et perspectives », in : *La sociologie des populations* (H. GERARD et V. PICHE eds), Montréal, AUPELF-UREF, pp 71-113.
- W. MERTENS, 1995 « Population et développement : contributions sociologiques dans un cadre interdisciplinaire », in : *La sociologie des populations* (H. GERARD et V. PICHE eds), Montréal, AUPELF-UREF, pp 497-516.
- F. NGUEYAP, 1997. « Les approches urbaines-rurales des phénomènes démographiques en Afrique : le cas de la mortalité. » Communication présentée à la Chaire Quetelet 1997 « *Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie* », Louvain-la-Neuve, 26-28 novembre 1997.
- F. NGUEYAP, 1998. La mortalité des enfants en Afrique à la fin du XX^{ème} siècle : tendances et perspectives (en cours de publication).
- A.S. OBERAI, 1988. « Croissance de la population urbaine, emploi et pauvreté dans les pays en développement : un cadre conceptuel pour l'analyse des politiques », in : *Conséquences de la croissance démographique dans les pays en développement* (G. Tapinos, D. Blanchet et D. E. Holarcher eds), New York, pp 177-208.