

ENFANTS D'AUJOURD'HUI DIVERSITÉ DES CONTEXTES PLURALITÉ DES PARCOURS

*Colloque international de Dakar
(Sénégal, 10-13 décembre 2002)*



Numéro 11

**ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE
AIDELF**

Déterminants de la mortalité infantile à travers quelques parcours causaux

Roberta PACE et Nunzio MASTROROCCO

Université de Bari, Italie

Introduction

Le déclin extrêmement rapide de la mortalité dans les PVD au cours du dernier siècle, à partir de la Seconde Guerre Mondiale, suggère que les résultats obtenus par la médecine, associés à l'introduction de nouvelles technologies, ont amorcé des changements bio-sociaux radicaux capables de représenter des clés de lecture importantes et décisives du phénomène.

La stagnation récente dans l'évolution de la population conduit à un ré-examen attentif de ces variables, réveillant l'intérêt envers l'adoption de stratégies appropriées et de plans d'action pertinents. Le but de la recherche socio-démographique, en ce qui concerne ce processus spécifique, consiste à déterminer avec le maximum de précisions les variables qui, selon toute vraisemblance, influencent directement le risque de morbidité et de mortalité à tout âge (y compris à l'âge infantile). L'utilité d'un cadre – c'est-à-dire d'un modèle, d'une structure de travail – ne s'explique pas seulement par le fait que les différents comportements sociaux et les interventions biomédicales influencent le taux de mortalité infantile, mais aussi par l'intérêt d'un instrument capable de mettre en évidence des indicateurs adéquats et des variables ayant un impact spécifique. La capacité analytique des différents modèles réalisés jusqu'à présent révèle un élément clé principalement lié au concept de la synergie sociale et biomédicale, c'est-à-dire la manière avec laquelle un seul déterminant peut influencer le risque de mourir à travers l'action simultanée de plusieurs variables secondaires et intermédiaires. Il nous semble en vérité qu'une telle approche conceptuelle explique mieux la raison pour laquelle beaucoup d'instruments médicaux (antibiotiques, vaccins, ...) ne sont hautement efficaces que dans le cadre d'une administration dans des structures sanitaires adéquates ou dans un contexte de référence opportun et précis. Il faudrait intervenir *simultanément* sur plusieurs aspects et ce qui nous semble le plus adéquat est de : 1) déterminer avec certitude les ressources financières utilisables dans le projet spécifique ; 2) fixer avec une précision suffisante le temps de réalisation ; 3) évaluer attentivement la difficulté de l'action, en fonction du nombre de variables inconnues présentes ; 4) intervenir avec des programmes de santé efficaces et spécifiques. La création d'une structure médicale, le forage d'un puits, l'installation d'infrastructures pour l'épuration de l'eau, etc. peuvent amener à une incidence moins forte des variables exogènes inattendues et imprévisibles, mais la complexité et l'imprévisibilité des variables comportementales et sociales ont un impact important.

Dans l'étude des différentes causes, les instances impliquées pourront proposer une solution plus directe au problème. Des mesures socio-économiques, des plans d'action et des programmes politiques visant à une alphabétisation plus importante, à une scolarité plus accessible et plus assidue, à un approvisionnement croissant en eau potable, à une plus grande accessibilité des services sanitaires, etc. amèneront inmanquablement à atténuer les différenciations spatio-temporelles enregistrées dans les PVD et, à moyen terme, à une baisse réelle et importante de la mortalité en général, en particulier de la mortalité infantile.

1. Interprétation des mécanismes causaux entre instruction maternelle et mortalité infantile

Pour augmenter les possibilités de survie d'un enfant dans les PVD, des plans d'action publique qui agissent sur la santé de la population peuvent-ils se substituer à la scolarisation maternelle ? Dans quelle mesure la mortalité infantile est-elle influencée par les interventions favorisant une scolarisation généralisée ? Des programmes de scolarisation bien définis peuvent-ils avoir une influence sur des causes de décès spécifiques ? Ces questions et beaucoup d'autres suscitent l'intérêt des chercheurs qui se proposent de trouver le lien existant entre instruction de la mère et décès de son enfant. On a fait beaucoup d'efforts pour déterminer et décrire une relation statistique entre la mortalité infantile et le niveau d'instruction de la mère. La sociologie bien avant la démographie a cherché à comprendre les mécanismes d'action afin de formuler des hypothèses de travail valables et efficaces (Caldwell, 1986). Il est prévisible, en effet, que si le bien-être sanitaire d'un enfant est certainement la conséquence du bien-être social, la diffusion des effets du progrès social pourrait être ralentie en présence d'un enracinement culturel important. L'étude et la détermination de relations statistiques bien définies entre la mortalité infantile et les variables socio-économiques dans les PVD remontent à quelques décennies, époque où l'on attribuait un rôle primordial au niveau d'instruction de la mère, dans un cadre d'interdépendance très étroite avec d'autres variables comme la richesse de la famille d'origine et le domicile, le but étant d'expliquer les effets positifs que ces déterminants avaient sur la baisse de la mortalité. Un niveau d'instruction de la femme plus élevé accroît sans aucun doute les possibilités de participation à la vie publique, avec de bonnes chances de trouver un travail relativement bien rétribué et capable de contribuer aux revenus de la famille.

Un niveau social plus élevé, lié au niveau d'instruction, favorise une conscience de soi-même plus forte, une connaissance plus approfondie des services médico-sanitaires disponibles et une conscience plus grande de la nécessité de vivre dans un milieu salubre et hygiénique. En bref, la scolarisation apparaît comme un processus social capable de garantir de nouveaux modèles et de continuelles transformations, capable de favoriser et d'accélérer les modalités d'acquisition des informations et donc de stimuler l'intérêt pour la médecine moderne et la compréhension de la prévention.

Caldwell affirme que la « *...child mortality differentials by mother's education do not appear to be merely reflections of other even broader differentials. They are the largest socioeconomic differentials found, and are clearly important in their own right* » (Caldwell, 1986), dans une étude sur les effets de la scolarisation de la mère sur la mortalité des enfants. Une schématisation de ce concept mettrait en évidence la relation semi-linéaire suivante. Le processus de transmission de la connaissance met en place un système d'enseignement bien structuré et organisé sur la base du soi-disant modèle « occidental » ; une certaine forme de compréhension du monde et un niveau d'instruction élevé rendent la femme plus libre par rapport aux « croyances et aux habitudes traditionnelles ». Pour la mère, l'accès à l'instruction permet de modifier la structure hiérarchique et traditionnelle de la famille et attribue à la femme de nouvelles positions et d'autres rôles au sein de la même hiérarchie. L'instruction féminine contribue, en fait, à modifier profondément les valeurs et les rapports au sein de la famille, garantissant une position paritaire dans la phase décisionnelle et de management familial. L'organisation familiale est donc directement influencée par le niveau d'instruction en raison d'une certaine capacité de la femme à discuter avec son propre partenaire à propos, par exemple, de l'éventualité de la conception d'un enfant. De même, une femme cultivée a une capacité plus grande de s'imposer dans les choix de la vie familiale en se révélant plus sensible aux problèmes d'hygiène concernant l'allaitement ou la façon de préparer les mets. Le processus de scolarisation contribue à considérer l'hygiène comme un facteur capable de stopper beaucoup de causes de maladies et de mort, pas seulement l'hygiène personnelle de la

femme et de l'enfant, mais aussi celle du milieu familial où l'enfant vivra après sa naissance. Cependant, des approches de nature plus sociologique que démographique ont montré une interdépendance très forte entre cet élément et la différence d'âge des parents. En effet, un niveau d'instruction maternelle élevé semblerait avoir une influence faible sur la capacité de communiquer du couple si le différentiel d'âge entre les partenaires est très marqué.

Un niveau d'instruction plus élevé conduit la femme à se détacher des croyances et des traditions orales concernant la santé de l'enfant en favorisant l'« éloignement » d'inopportunes et traditionnelles méthodes de soin. Un niveau d'instruction plus élevé permet de rompre avec la tradition, d'être moins fataliste devant la maladie, d'adopter des thérapies et d'expérimenter des alternatives nouvelles dans une communauté qui change et évolue, même d'un point de vue sanitaire.

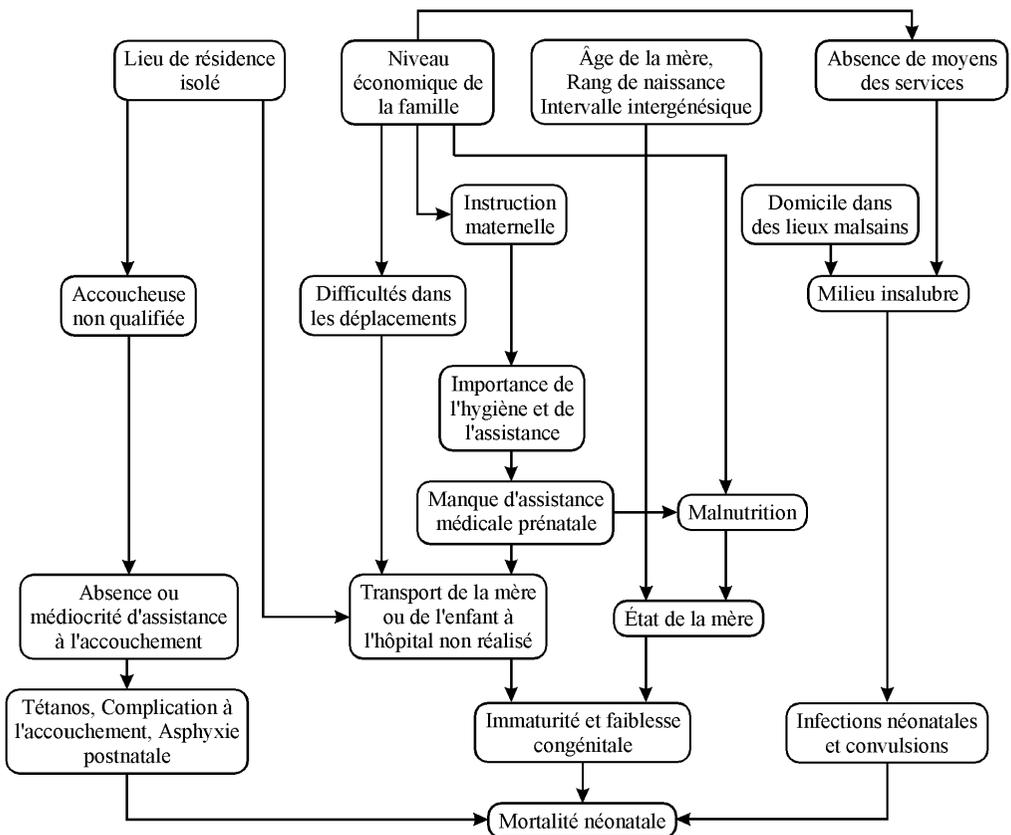
Identifiable comme un instrument de propagande culturelle occidentale, l'instruction maternelle peut être en même temps considérée comme un moyen d'innovation et de changement (Akoto, 1995) ; cela veut dire qu'une femme cultivée cherche à se conformer à un style de vie moderne tendant à une amélioration de la qualité de la vie. Mais le modèle de Caldwell est discutable dans la mesure où de nombreux doutes sur la capacité réelle des femmes plus cultivées de s'imposer dans un certain habitat socio-économique surgissent. L'effet réel du niveau d'instruction n'est lisible que dans un cadre global de facteurs sociaux, économiques, sanitaires et politiques ; une femme cultivée qui vit dans une société avec des standards de vie plutôt bas, et qui est insérée dans un contexte économique stagnant, n'aurait pas beaucoup d'influence sur la santé de ses enfants. Mais s'il existe une accessibilité aux services sanitaires, un processus de scolarisation et un contexte culturel qui favorise l'affirmation de l'importance du rôle joué par la femme, dans la société, ceci contribuera au déclin de la mortalité à tout âge, en particulier de la mortalité infantile, même dans le cas d'une population restée fondamentalement pauvre.

À l'inverse, si la femme n'a aucune place d'un point de vue social, si elle ne revêt pas un rôle semblable à celui joué par l'homme au sein de la famille et si elle est exclue de chaque forme de scolarisation, on constatera un niveau de mortalité infantile élevé. Une analyse ponctuelle de nature biométrique mettrait en évidence une relation beaucoup plus marquée entre instruction maternelle et mortalité post-néonatale par rapport à la mortalité néonatale (c'est-à-dire pendant le premier mois de vie), étant donné le fait que la mortalité néonatale dépend principalement de causes endogènes de nature surtout biologique (Chiassino, 1965). En revanche, la mortalité post-néonatale est influencée par des variables socio-économiques que des femmes plus instruites peuvent mieux gérer. En définitive, entendant l'instruction comme le véhicule à travers lequel on peut « transférer » les connaissances médicales, le progrès scientifique et technologique des pays industrialisés aux PVD, il est évident qu'il faudrait considérer l'investissement dans le domaine de l'instruction comme un « investissement durable » qui aurait beaucoup plus d'effets directs sur la santé de la population s'il favorise des effets induits par les autres secteurs de l'économie. Dans une perspective qui a pour but l'accroissement rapide et une plus grande concentration des moyens et des ressources dans l'offre des services scolaires et sanitaires, nous soutenons l'utilité d'une réorganisation structurelle efficace, capable d'amorcer – dans les PVD – cette transition sanitaire accompagnant le développement social et économique (Caldwell, 1986). La phase la plus importante de cette transition est définie comme une « modernisation sociale, occidentalisation ou affirmation de l'individualisme » (Valente, 1997). Il est donc prévisible que le déclin de la mortalité infantile ne puisse pas être expliqué avec le simple processus de la scolarisation et de l'apprentissage scolaire, mais qu'il soit plutôt le résultat d'une transformation idéologique, culturelle et comportementale d'une population toute entière.

2. Modèles interprétatifs des mécanismes causaux : quelques « cheminements en cascade »

Une première et timide tentative de déterminer les mécanismes d'action principaux qui sous-tendent l'évolution par causes de décès de la mortalité infantile et juvénile dans une population remonte à Meegama (1980), qui introduit un modèle qui se développe et s'articule en trois grandes catégories de causes de décès. La première catégorie regroupe le tétanos néonatal, l'asphyxie postnatale et les autres complications liées à l'accouchement, qui découlent d'une inadéquate ou totale absence d'assistance au moment de la naissance ; la deuxième catégorie se compose de variables relatives à l'immaturité et aux malformations congénitales de l'enfant ; enfin, la dernière catégorie concerne les infections néonatales et les convulsions provenant souvent d'un environnement malsain (figure 1). D'autres variables relatives au domicile et au niveau économique de la famille sont considérées indépendantes du modèle et liées à des causes de décès déterminées par des « parcours causaux plus ou moins articulés » (Valente, 1997).

FIGURE 1 : DÉTERMINANTS DE LA MORTALITÉ NÉONATALE DU MODÈLE DE MEEGAMA.



Source : Valente, 1997.

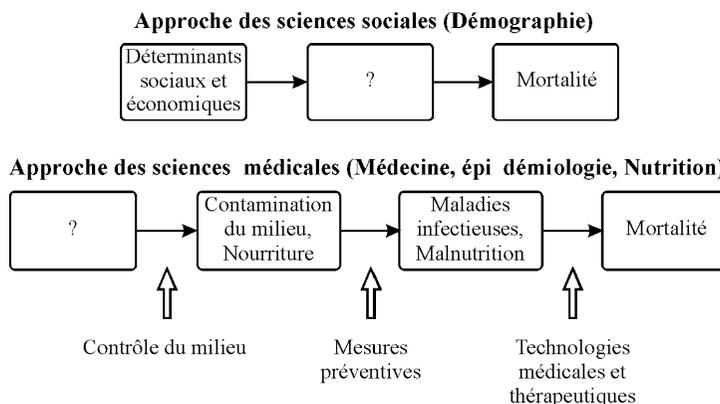
Il est prévisible, par exemple, que l'apparition de complications au moment de l'accouchement soit plus fréquente dans une zone rurale plutôt que dans une zone urbaine ; il est également prévisible que le niveau d'instruction de la mère – et donc l'attention pour l'hygiène, le soin et l'assistance de l'enfant – soit étroitement lié au niveau économique général de la famille. En ce qui concerne la mortalité postnéonatale et juvénile, on a tendance à

distinguer les causes du décès en deux grandes sections : les maladies de nature respiratoire et les maladies qui touchent le système digestif. Si les premières sont influencées surtout par les facteurs climatiques, les secondes sont liées principalement à la salubrité du milieu et à la qualité de l'eau. La qualité des services d'hygiène, les caractéristiques du travail, les ressources alimentaires, les caractéristiques du logement et la situation professionnelle de la mère, sont des variables indépendantes du modèle. Et dans ce modèle, comme dans celui relatif à la mortalité néonatale, on peut déterminer « une multitude de parcours causaux qui mettent en relation les variables indépendantes et les causes des décès » (Valente, 1997). Par exemple, une façon de s'habiller inadéquate peut engendrer une exposition aux facteurs climatiques pouvant provoquer l'apparition de maladies respiratoires, ou encore une mère qui travaille pourrait être à l'origine d'un sevrage précoce et donc d'une nourriture inadéquate qui peut être à l'origine de maladies pathologiques du système digestif de l'enfant.

3. Le modèle des déterminants proches

Vers le milieu des années 1980, H. Mosley et L. Chen (1984) ont proposé un nouveau modèle de déterminants de la mortalité infantile, appelé aussi modèle des déterminants proches, qui s'ajoute au modèle proposé par Meegama. Le modèle des deux auteurs part de l'argument que l'explication de la mortalité infantile proposé par les sciences sociales et médicales était lacunaire et incomplète. En effet, d'un côté les sciences sociales ne réussissent pas à préciser les mécanismes avec lesquels les déterminants socio-économiques peuvent influencer la mortalité des populations jeunes, de l'autre, les sciences médicales concentrent l'analyse sur les variables biologiques et nutritionnelles qui provoquent l'apparition de la maladie et même la mort, tout en ignorant les déterminants socio-économiques à partir desquelles tout le processus se développe (figure 2).

FIGURE 2 : MODÈLES CONCEPTUELS D'APPROCHE DES SCIENCES MÉDICALES ET DES SCIENCES SOCIALES



Source : Akoto, 1995.

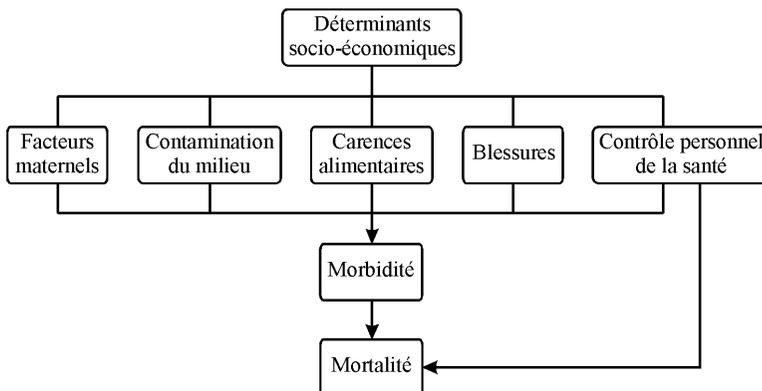
Le but des sciences sociales est donc de déterminer le rapport qui existe entre les variables socio-économiques et la mortalité d'une population, laissant toutefois largement inexpliqués, comme dans une boîte noire, les mécanismes qui décrivent ces rapports. Dans l'analyse des mécanismes sous-jacents, le point de départ obligé est à notre avis la désagrégation du processus influençant la santé d'une population, dans des phases spécifiquement étudiées relevant de différents domaines (démographique, économique, épidémiologique, biologique, nutritionnelle, pédiatrique et statistique) (Akin, 1989).

L'originalité et l'intuition de base du modèle part de la thèse selon laquelle la maladie n'est pas la cause immédiate de la mort de l'enfant, mais elle est la conséquence de nombreux mécanismes qui dérivent de plusieurs variables intermédiaires. Le décès infantile n'est pas simplement l'effet de l'aggravation d'une maladie, mais il est plutôt la dernière phase d'un processus ou d'un système qui regroupe des éléments (variables) qui interagissent réciproquement et qui sont influencés par des déterminants sociaux et économiques. En définitive, ces variables, appelées proches proximales, ont une influence directe sur la mortalité de l'enfant, même si elles sont directement influencées, de leur côté par des facteurs sociaux, économiques et politiques. Comme nous l'avons déjà indiqué, le point crucial du modèle consiste dans la définition des déterminants proches répartis en quinze catégories :

- a) Facteurs liés à la fécondité de la mère : âge, égalité et intervalle intergénérationnel.
- b) Contamination du milieu avec des agents infectieux : contamination de l'air, contamination des aliments, de l'eau et des doigts, contamination de la peau / objets inertes / sol, et piqûres d'insectes.
- c) Disponibilité et carence d'aliments nutritifs : calories, protéines, vitamines et minéraux.
- d) Blessures : accidentelles ou fortuites, volontaires ou intentionnelles.
- e) Facteurs de contrôle sur les maladies personnelles : mesures préventives personnelles et traitements curatifs.

Du schéma ci-dessous, on peut considérer les interactions existant entre les cinq catégories (figure 3). Les variables présentes dans les facteurs maternels, contamination du milieu, carences alimentaires et blessures, favorisent le passage d'un bon état de santé à un état de morbidité. En ce qui concerne la catégorie relative au contrôle personnel de la santé, on peut décrire une double relation : la première, semblable à celle des autres classes dans la phase de réalisation de mesures préventives personnelles, et l'autre inverse, qui favorise le passage d'un état de maladie à un état de santé à travers un processus curatif efficace. Si ce dernier processus n'aboutit pas, on arrive irrévocablement à la maladie, qui pourra gêner la croissance de l'enfant et, dans la pire des hypothèses, conduire à la mort.

FIGURE 3 : DIAGRAMME DE FLUX DES DÉTERMINANTS SOCIO-ÉCONOMIQUES SELON MOSLEY ET CHEN



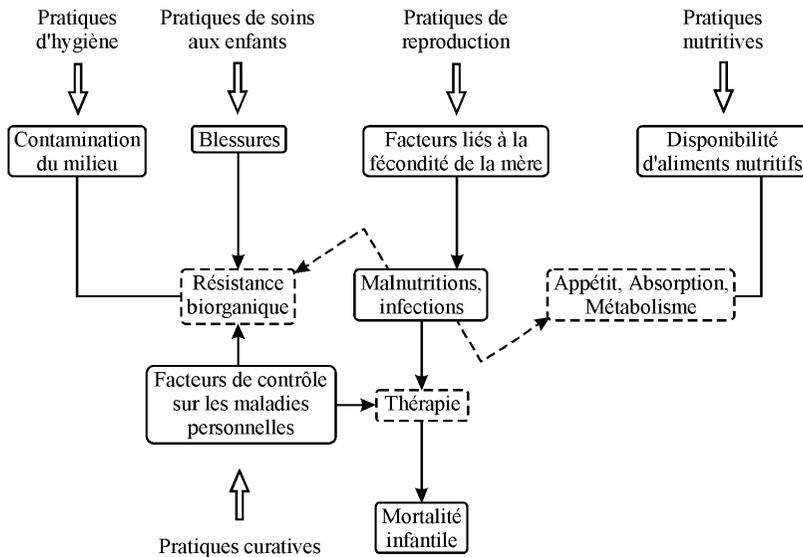
Source : Mosley et Chen, 1984.

Les mécanismes d'interaction des variables se développent à travers des synergies ayant un double mécanisme, comme par exemple en cas de malnutrition et d'infections. Si d'un côté, en effet, la variable intermédiaire liée à la disponibilité des aliments dépend aussi de facteurs physiologiques relatifs à l'absorption, à l'appétit et au métabolisme de l'enfant, de l'autre côté,

les infections altèrent l'appétit provoquant une absorption d'aliments insuffisante, affaiblissant l'organisme et amorçant un cercle vicieux pathologique. Ces interrelations entre variables biologiques peuvent être également étendues aux variables socio-économiques. Par exemple, il est clair que l'état économique peut être en même temps cause et conséquence de plusieurs déterminants selon la dimension temporelle choisie, ou que le risque lié au milieu et à la contamination est vraisemblablement influencé par le degré de capacité de l'organisme de résister à l'infection.

En définitive, l'impact des risques combinés est bien évidemment différent de la simple somme des risques de chacune des variables intermédiaires. Cela pourrait expliquer en partie le fait que certaines actions (surtout de nature médicale) ont un impact réduit comparé à celui qu'elles pourraient avoir si elles étaient réalisées de manière intégrée et coordonnée. Si d'un côté le modèle a l'incontestable mérite de proposer des mécanismes d'interaction et des relations causales, de l'autre côté il généralise peut-être de manière excessive l'explication de la mortalité infantile en ne distinguant pas les mortalités néonatale et post-néonatale. En outre, si on comprend l'importance des actions de type social, médical et culturel, les relations et les mécanismes d'action de quelques déterminants proches qui interagissent avec les différentes variables socio-économiques, comme par exemple les facteurs de contrôle sur les maladies personnelles ainsi que l'appétit, le métabolisme et l'absorption des aliments, restent encore inexpliqués et inexplorés.

FIGURE 4 : FACTEURS DE CONTRÔLE SUR LES DÉTERMINANTS SOCIO-ÉCONOMIQUES

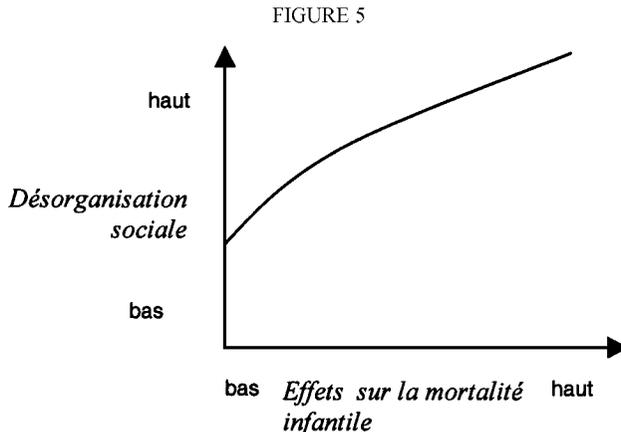


4. Des nouvelles clés de lecture : la « désorganisation sociale » et les « hidden factors » (variables latentes)

Pendant les dernières décennies de nombreux PVD ont amorcé et réalisé des plans et des programmes dans le but d'améliorer la qualité de la vie de leurs populations. Mais le déclin économique, l'insécurité, l'instabilité politique et la guerre civile, ont souvent freiné ce développement, provoquant parfois de nouveaux fléchissements et de préoccupantes hausses des niveaux de mortalité.

En définitive, si on en déduit que l'augmentation de l'espérance de vie d'une population et la diminution de la mortalité sont liées à l'amélioration générale de la qualité

de la vie et à une « croissance » nutritionnelle parallèle (Cleland et van Ginneken 1988), il est aussi raisonnable de supposer que si des événements externes et incontrôlables deviennent plus aigus et perturbateurs leurs effets négatifs sur la mortalité infantile augmentent. Le concept de désorganisation sociale exprime cette idée, considérant que les accidents extérieurs peuvent contribuer à interrompre ou à bouleverser une situation déjà définie, c'est-à-dire provoquer la rupture de l'équilibre physiologique/ pathologique pré-existant (figure 5).



Un modèle conceptuel d'analyse développé dans une approche de désorganisation sociale met en évidence les facteurs de rupture de l'équilibre familial et communautaire qui contribuent à la perte pathologique de ressources, une perte capable d'amorcer un cercle vicieux pouvant même amener au décès de l'enfant. Seules des interventions externes de nature institutionnelle ou familiale peuvent interrompre le processus (figure 6). Des exemples de ce genre pourraient être les divorces, les séparations matrimoniales, les veuvages, etc. Il est facilement prévisible que l'étude de l'effet que les divorces ou les séparations ont sur la mortalité infantile soit très complexe dans les PVD, déjà du fait de la difficulté à collecter des données et des informations analysables. Les sources officielles n'enregistrent que les divorces, sans considérer les séparations ou les abandons du domicile conjugal. Les données sont donc peu précises et la relation peut être juste ébauchée et approchée. Dans les PVD dans lesquels la femme n'a pas d'indépendance économique, l'abandon du domicile conjugal ne pourra que la *mettre* dans un contexte de précarité et d'indigence dans lequel la probabilité que son enfant meure est très élevée. Il est alors prévisible que l'instruction et une plus grande autonomie économique de la femme réduisent sa vulnérabilité au cours de phases délicates comme la séparation ou le divorce ; l'indépendance totale de la femme par rapport à son mari pourrait même annuler totalement les effets de ces derniers événements sur la mortalité des enfants.

La pluralité des facteurs qui influencent les décès des enfants d'une population, et leur incontestable complexité d'interprétation expliquent très facilement la difficulté à capter toute l'hétérogénéité des risques de mortalité (Das Gupta, 1997). En effet, parallèlement aux facteurs visibles et connus, des facteurs plus difficiles à déterminer apparaissent ; ces facteurs sont appelés « hidden factor », ou variables latentes. Si nous analysons les déterminants traditionnels de la mortalité infantile qui ont un impact immédiat, comme par exemple l'instruction de la mère ou le niveau socio-économique de la famille d'accueil, il est plus simple de donner une explication au décès d'un enfant lorsque les niveaux de ces variables sont bas ; au contraire, si la mort touche les enfants nés de femmes ayant un niveau moyen ou élevé d'instruction ou vivant dans des familles relativement aisées, le phénomène peut être expliqué

à travers les « hidden factors », c'est-à-dire des phénomènes malaisés à comprendre et, apparemment, difficilement justifiables (figure 7).

FIGURE 6

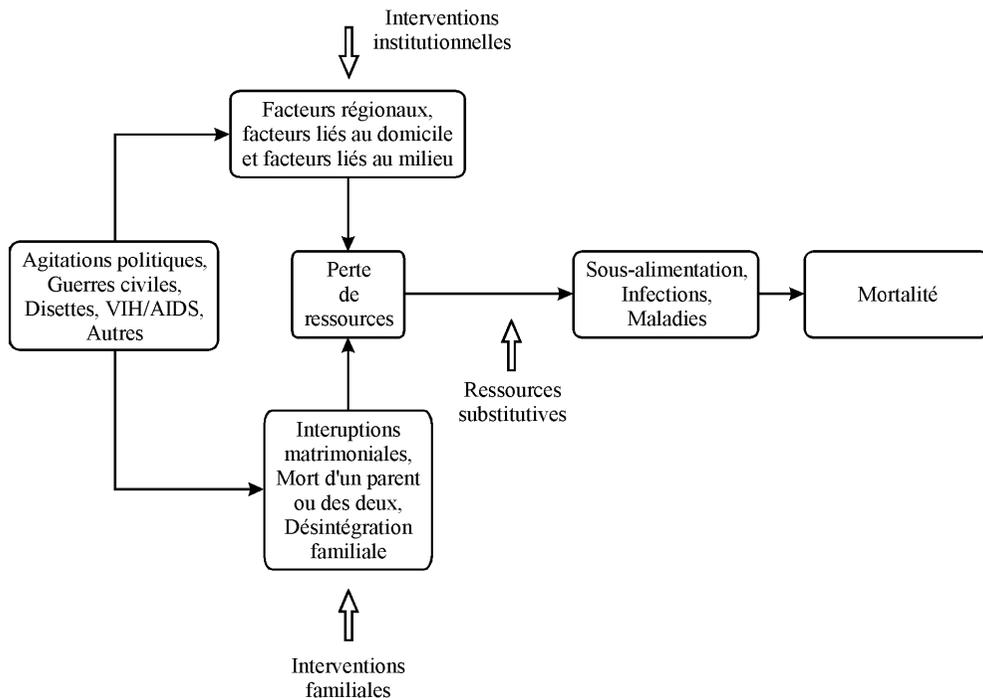
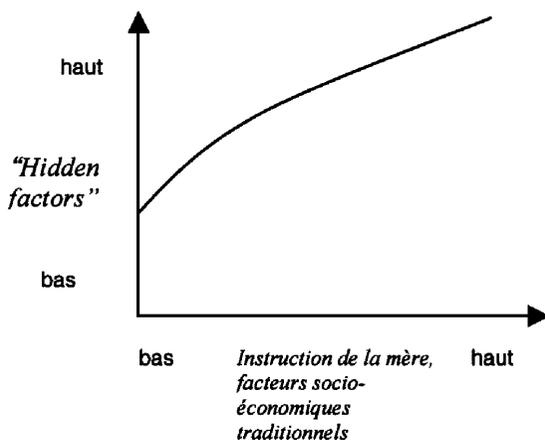


FIGURE 7



Le défi du futur est de réussir à comprendre les mécanismes causaux de ces agressions ; en effet, cela pourra certainement contribuer à fournir aux instances qui en ont la compétence, des indications claires et des instruments d'intervention précis s'insérant dans le cadre d'une distribution et d'une allocation efficaces des moyens et ressources.

Conclusion

Comme nous l'avons déjà signalé, l'évolution de la mortalité infantile peut être expliquée dans les PVD par de nombreuses variables micro et macro-économiques. La qualité des infrastructures et des transports, la sécurité publique, la stabilité sociale et économique, la quantité et la distribution des centres commerciaux capables de couvrir un large réseau efficace d'échanges sur le territoire, ont un impact important sur le phénomène. Il est aussi prévisible qu'une bonne distribution du réseau électrique, une canalisation adéquate des eaux potables et l'existence de voies de communication rapides, ne peuvent qu'améliorer la qualité sanitaire et hospitalière très avantageusement même pour les catégories d'âge les plus fragiles : les enfants et les personnes âgées.

L'insuffisance ou l'absence de structures sanitaires, l'absence ou l'inefficacité de certaines thérapies expliquent certains des problèmes de santé dans les pays du tiers monde. Pour faire face à ces obstacles et pour renforcer la lutte contre la mortalité infantile, des techniques de prévention adéquates, des programmes sanitaires spécifiques et des soins efficaces pourraient endiguer le phénomène sans l'éliminer complètement (Vallin, 1994). Dans de nombreux pays on a constaté une baisse marquée du niveau de mortalité infantile, grâce à l'adoption de programmes de santé obligatoires et gratuits, comme par exemple la vaccination. Les mères ont une place importante dans la réussite de nombreuses thérapies, parce que normalement elles sont les premières à reconnaître la maladie de leur enfant, à décider des modalités de soin ou à administrer les remèdes les plus adéquats. La participation active des mères constitue, en définitive, une clé de lecture d'importance cruciale, pour la bonne réussite des programmes d'intervention sanitaire.

La qualité du niveau de la santé publique dans les PVD est bien évidemment liée à la présence et à la jouissance des services sanitaires modernes mis à disposition, mais cela n'épuise pas la problématique. Même quand les centres sanitaires et les remèdes sont disponibles et accessibles, il peut arriver que les freins culturels et psychologiques, sur lesquels il faudrait intervenir avec des mesures de nature psychologique, sociologique et culturelle, empêchent de s'en servir. Ainsi, même si la mère reconnaît la nécessité des thérapies modernes pour guérir son enfant, elle les utilisera en fonction du rôle qu'elle joue dans la société, de la famille d'origine et de son niveau d'instruction.

Tout en étant conscients que la pauvreté d'une population constitue le principal obstacle au recours aux services sanitaires, il est nécessaire d'ajouter à cette pauvreté l'incapacité de la femme de soustraire des revenus du ménage ce qui est nécessaire pour les soins et l'assistance, ce dernier élément étant encore mal pris en compte.

BIBLIOGRAPHIE

- AKIN J. S., 1989. « Estimating the impacts of socio-economic and biomedical factors on child health », *Health Transition Review. Methods and Measure*, n. 3, NCEPH, ANU, GPO Box, Canberra.
- AKOTO E., 1995. *Déterminants socioculturels de la mortalité des enfants en Afrique Noire. Hypothèses et recherche d'explication*, Académia-Bruylant, Louvain-la-Neuve, 240 p.
- AKOTO E., 1996. *Notes de cours de politiques de santé en Afrique*, IFORD, Yaoundé.
- CALDWELL J., 1986. « Routes to low mortality in poor countries », *Population and Development Review*, 12(2), pp. 171-220.

- CHIASSINO G., 1965. *Mortalità infantile e ordine di generazione*, Annali della Facoltà di Economia e Commercio dell'Università di Bari, Nuova Serie, Vol. XIX, Bari.
- CLELAND J. - VAN GINNEKEN J., 1988. « Maternal Education and Child survival in Developing Countries : the search for pathways of influence », *Social Science and Medicine*, 27(12), pp. 1357-68.
- DAS GUPTA M., 1997. « Socio economic status and clustering of child deaths in rural Punjab » in *Population Studies*, 51(2), pp. 191-202.
- MEEGAMA S. A., 1980. « Socio-economic determinants of infant and child mortality in Sri Lanka : An analysis of post-war experience », WFS Scientific Report, n. 8.
- MOSLEY W. H. - CHEN L.C., 1984. « Will primary health care reduce infant and child mortality. A critique of some current strategies with special reference to Africa and Asia », Seminar on Social policy health policy and mortality prospects, INED, Paris.
- NOUMBISSI A., 1996. « Méthodologies d'analyse de la mortalité des enfants. Applications au Cameroun », Academia- Bruylant, L'Harmattan, Louvain-la-Neuve, 305 p.
- VALENTE P., 1997. « I meccanismi causali delle determinanti socioeconomiche della mortalità infantile nell'Africa Sub-Sahariana », Università degli studi di Padova, Dipartimento di Scienze Statistiche, Tesi di Dottorato.
- VALLIN J., 1994. « Les facteurs de la mortalité infantile dans les pays en voie de développement » in *Étude de quelques problèmes liés aux enquêtes*, EMIJ, Vol. 1, IFORD.