



26e Congrès international de la population de l'UIESP
Palais des Congrès - Marrakech Maroc
27 Septembre au 2 Octobre 2009

Thème : Mortalité différentielle dans les sociétés pluriethniques

Différences socioculturelles de mortalité des enfants dans les sociétés pluriethniques : cas du Sénégal et du Mali

SAHRAOUI Salah Eddine¹ et NDIAYE Cheikh Tidiane²

Introduction

L'étude de la mortalité des enfants constitue non seulement un indicateur essentiel pour la mesure du niveau de santé d'une population, mais aussi un élément clé à prendre en compte dans la quantification des problèmes et besoins de santé, et par conséquent un bon indicateur du degré de développement économique et social d'un pays. Selon l'OMS (2008), cet indicateur (mortalité des enfants de moins de cinq ans) connaît actuellement une baisse généralisée de dans le monde. De 1990 à 2006, cet indicateur est passé de 93 à 72 décès pour 1 000 naissances vivantes. Cependant, un enfant né dans un pays en développement court encore 13 fois plus de risques de mourir au cours de ses cinq premières années de vie qu'un enfant né dans un pays industrialisé. Ainsi, l'essentiel des décès d'enfants de moins de cinq ans sont observés dans le monde en développement dont la moitié en Afrique subsaharienne. Sur cette même période, 27 pays dans le monde n'ont enregistré

¹ Institut d'Etudes Démographiques de l'Université Montesquieu Bordeaux IV

² Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)

aucun progrès dans la réduction de la mortalité infantile. Ils sont essentiellement constitués de pays d'Afrique subsaharienne. En conséquence, la veille sur la santé des enfants continue encore aujourd'hui d'être une préoccupation majeure dans cette partie du monde et demeure un des problèmes sociaux cruciaux qui mobilisent encore les autorités publiques.

Dans le milieu de la recherche, elle reste également un sujet d'études du fait de la nécessité de comprendre son niveau encore élevé dans un contexte mondial marqué par un développement sanitaire indéniable. Ainsi, l'objet actuel de la recherche socio-démographique dans ce domaine est d'appréhender les facteurs qui, vraisemblablement, influenceraient directement le risque de morbidité et de mortalité des enfants. Conceptuellement, il est courant de considérer que des facteurs liés aux conditions sanitaires, environnementales, socio-économiques et culturelles agissent sur les probabilités de survie des enfants. En pratique, ces considérations ne prennent sens que par la prise en compte des comportements et habitudes de vie de l'homme qui, par son action, tente de prendre le dessus sur les maladies et la mort. Mais ces comportements sont en grande partie déterminés par des attitudes souvent induites par l'héritage culturel, les conditions de vie et les politiques conduites au niveau national et local, notamment dans le domaine de la santé. Les déterminants du phénomène sont donc individuels et contextuels. La démarche analytique idoine doit par conséquent embrasser cet ensemble complexe et imbriqué de facteurs pouvant jouer un rôle important dans la survie des enfants.

Plus spécifiquement, nous pensons qu'établir une relation causale comportementale ne peut se faire en dehors de systèmes de valeurs qui encadrent et façonnent les comportements d'un groupe malgré l'impact d'influences extérieures. Le cadre ethnique édicte souvent des comportements en valeur et donc non empreint de calcul d'opportunité. De tels contextes sont nécessairement les déterminants les plus importants du degré d'adaptation au modernisme, et notamment à l'évolution du comportement en matière de santé (Gaisie, 1990).

C'est à cet effet que la recherche démographique requiert des éléments d'ordre anthropologique pour mieux rendre compte des différentes manifestations de phénomènes démographiques. Au Mali et au Sénégal, les populations sont ancrées

dans des groupes ethniques dont les différents systèmes de maternage et de soins apportés aux enfants peuvent être discriminants dans la survie des enfants. Dans ce travail nous allons examiner les différences ethniques de santé de l'enfant et par conséquent de survie, en mettant en exergue l'influence de l'appartenance ethnique de la mère.

I État de santé des enfants dans les deux pays

Le Sénégal et le Mali ont réalisé chacun quatre enquêtes démographiques et de santé (EDS)³. Pour mieux apprécier les tendances de la mortalité des enfants, nous avons retracé son évolution au moyen des données de ces quatre enquêtes. Ces données nous ont permis de disposer des niveaux de mortalité observés au Sénégal entre 1970 et 2005 et entre 1975 et 2005 au Mali. (Graphique 1 et 2).

➤ *La santé des enfants s'améliore au Sénégal*

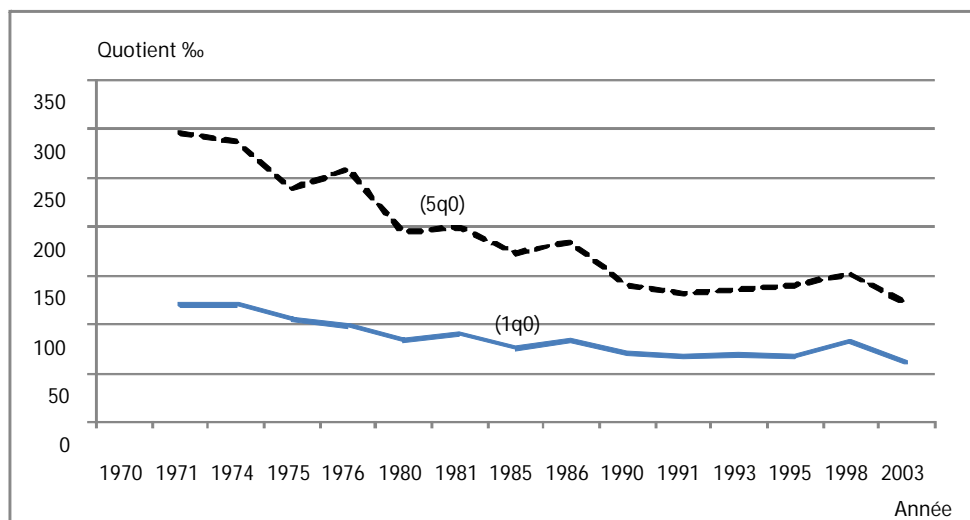
Dans le cadre du programme de développement intégré de la santé et de l'action sociale (PDSAS), les objectifs du Sénégal étaient de ramener le taux de mortalité infantile de 1997 de 68‰ à 50‰ en 2001. La baisse de la mortalité infantile a commencé dans le pays dans les années 1970 et s'est poursuivie jusqu'en 1980. Durant cette période, il a été relevé une certaine dégradation de la mortalité juvénile, ce qui s'est reflété dans la survie des enfants avant cinq ans. La baisse va se poursuivre jusqu'en 2005 avec de légères fluctuations dues probablement à des erreurs d'échantillonnage⁴. Une dynamique de baisse remarquable a été engagée dans les années 1990. Elle serait probablement liée aux programmes relatifs à l'enfance suite au Sommet Mondial sur l'enfance de 1990. Les dispositifs mis en place ont favorisé le renforcement de la couverture vaccinale des enfants durant la période.

³ Pour le Sénégal il s'agit de l'EDS-I 1986, EDS-II 1992-93, EDS-III 1997 et EDS-IV 2005 et le Mali de l'EDS-I 1987, EDS-II 1995/96, EDS-III 2001 et EDS-IV 2006.

⁴ Les séries présentées sur les graphiques concernent les différentes enquêtes.

L'ampleur de la baisse est surtout perceptible lorsqu'on apprécie l'évolution de l'indicateur entre les différentes enquêtes. Celui-ci a connu une chute non négligeable au cours de ces dernières années (Graphique 1), baissant de 16% entre 1985 et 1992 puis de 9% entre 1992 et 1996. Entre 1996 (69‰) et 2004 (61‰), la situation s'est encore améliorée car la baisse enregistrée sur cette période est supérieure à 10%. Sur l'ensemble de la période 1985 à 2004, l'indicateur s'est significativement amélioré car la baisse relative est de 33% (de 91 à 61‰). C'est notamment en milieu urbain que les plus grands progrès ont été enregistrés. La mortalité infantile a certes diminué sur toutes les périodes en milieu rural mais, globalement, le niveau de baisse observé en zone urbaine est plus important (84 contre 58%).

Graphique 1 : Évolution de la mortalité des enfants au Sénégal, 1970-2005. Données EDS (I, II, II et IV)



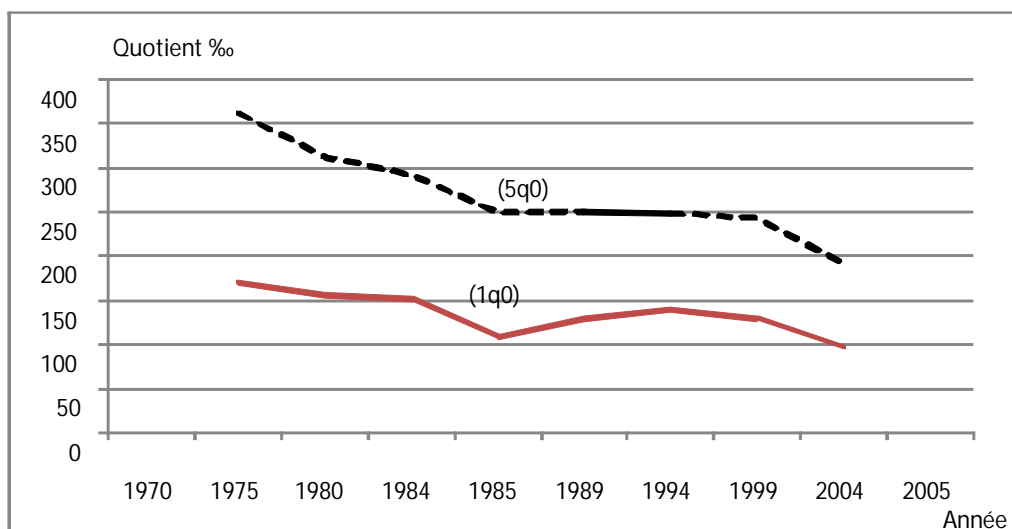
Globalement, l'état de santé des enfants s'améliore. En effet, les tendances de la mortalité avant 5 ans indiquent clairement une amélioration de la santé des enfants (Graphique 1). Elle a connu un recul assez important au cours de ces dernières années, baissant de 25% entre 1985 et 1992 puis de 11% entre 1991 et 1996 et enfin de 13% entre 1996 et 2003. L'évolution notée sur la première période (1986-92) procède de la mise en place d'un plan d'action pour l'enfance qui prenait en compte les principaux problèmes liés à la survie, au développement et la protection de l'enfant (Sall et al, 2003). Ces résultats ne sont donc pas étrangers aux efforts déployés en matière de vaccination.

- *La mortalité des enfants baisse au Mali mais les niveaux restent encore élevés*

Au regard de l'évolution des tendances de la mortalité infantile et infanto-juvénile, on note que la baisse de la mortalité des enfants au Mali a été engagée dès les années 1970 et s'est poursuivie jusqu'au milieu des années 1980 (graphique 2). La situation s'est dégradée à partir de 1985 mais une phase d'amélioration est amorcée dès les années 2000.

Malgré les progrès enregistrés, la mortalité reste encore élevée au Mali. En 1999, un peu plus de deux enfants sur dix (247‰) décèdent avant d'atteindre leur cinquième anniversaire. Avant leur 1^{er} anniversaire, un peu plus d'un enfant sur dix décèdent (129‰). Les survivants à un an décèdent dans les mêmes proportions avant d'atteindre cinq ans (129‰)⁵.

Graphique 2 : Évolution de la mortalité des enfants au Mali, 1970-2005. Données EDS (I, II, III et IV)



En 2004, on entrevoit une baisse continue des deux principaux indicateurs de la mortalité des enfants. En effet, le taux de mortalité infantile passe alors de 139‰ en 1994 à 129‰ en 1999 pour atteindre 105‰ en 2004.

⁵ À rappeler que le Mali, en matière de mortalité des enfants de moins de cinq ans, se classe à l'avant dernière place sur onze autres pays africains à savoir le Ghana, la Mauritanie, le Sénégal, le Nigeria, le Togo, le Bénin, la Guinée, la Côte d'Ivoire, le Burkina Faso et le Niger. Le Sénégal quant à lui se situe à la troisième position.

Le risque de décéder pour un enfant avant d'atteindre son cinquième anniversaire au Mali, en dépit des progrès enregistrés, reste parmi les plus élevés au monde et en Afrique. En effet, le taux de mortalité infanto-juvénile s'établit à 247‰ en 1994, à 241‰ en 1999 et s'installe à 191‰ en 2003. La baisse de la mortalité infanto-juvénile apparaît assez lente et semble être plus liée au repli de la mortalité juvénile que celui de la mortalité infantile. La dynamique de hausse de la mortalité infanto-juvénile observée entre 1985 et 1995 est plus modérée que celle de la mortalité infantile (EDS-III, 2006).

Avec de tels niveaux de mortalité des enfants (0-5 ans), le Mali est parmi les pays qui disposent des taux les plus élevés en Afrique. Son niveau dépasserait nettement la moyenne du continent africain qui est, selon l'UNICEF, de l'ordre de 217‰ en 2006, ce qui le place au rang de 6^{ième} pays qui dispose le taux le plus élevé au monde. Le Sénégal occupe la 35^{ième} place avec un taux estimé en 2006 de 116‰.

II Le concept ethnique et comportement sanitaire

II.1 Le concept ethnique et comportement sanitaire

Prise comme une construction culturelle, l'ethnie représente une des composantes sociologiques de base des sociétés africaines. Elle renvoie généralement à un ensemble humain homogène qui partage une langue, une culture et des habitudes de vie identiques. Ce concept renferme donc implicitement quatre critères essentiels : un territoire commun, une tradition commune, un langage propre et une même culture. Ainsi, l'appartenance ethnique apparaît comme un fait anthropologique incontestable où l'identité est consolidée par altérité (Luc De Heusch, 2000). En conséquence, les spécificités ethniques conduisent à des représentations différentes de la santé en général, de celle des enfants en particulier. A ce titre, elle met en œuvre des mécanismes qui font obstacles (ou non) à l'accès à l'information et au système sanitaire moderne, compte tenu de l'ethnocentrisme et d'une certaine appréhension à l'égard des pratiques modernes de santé. A travers des croyances, des perceptions, des attitudes et des valeurs différentes, les individus observent à l'égard d'une maladie en général, et celle des enfants en particulier des

comportements différents et les stratégies de recours aux soins en sont grandement dépendantes.

Médicalement, les causes principales de décès d'enfants dans les pays en développement sont la pneumonie, la diarrhée, le paludisme et la rougeole. Ces maladies peuvent facilement être jugulées par des améliorations sur les services de santé de base. Mais prévenir vaut mieux que guérir, la protection des enfants s'accompagne également de gestes et de pratiques sanitaires simples (suivi vaccinal, utilisation de moustiquaire, etc.). Or observer de telles attitudes, traduit des changements dans les comportements qui sont synonymes d'association ou d'abandon d'expérience personnelle ou de connaissances reçues depuis plusieurs générations. En réalité, l'adoption de pratiques modernes reste généralement partielle et conduit souvent à des pratiques de dualisme médical (soins modernes et traditionnels) qui peuvent être préjudiciables à la santé de l'enfant. Ceci se révèle également dans les pratiques de recours aux soins et leur incidence sur la santé des enfants. Ces considérations conduisent à des différences de mortalité selon l'appartenance ethnique.

Ainsi, Cantrelle relevait dès les années 1970 en milieu nomade au Niger une différence de mortalité entre ethnies Peuls (ou Foulbés) et Touaregs. La particularité des peulhs s'est également révélée par leur propension plus importante à enregistré des décès d'enfants que les Bambara du Mali (Hill et Randall S, 1984) mais moins que les wolof et serrer de la région du Sine Saloum au Sénégal (Cantrelle, et al, 1995). La littérature socio-démographique des années 1990 va par conséquent beaucoup insister sur la nécessité de tenir compte de l'ethnie dans l'analyse de la mortalité des enfants.

Notre hypothèse est que la mortalité des enfants en Afrique reste encore à des niveaux relativement élevés puisque les comportements de santé restent liés à des modèles culturels faites de normes, d'idées, de croyances et d'attitudes contraires aux pratiques modernes de santé. De telles attitudes retarderaient une prise en charge efficace des enfants même avec l'existence d'une offre réelle de soins (hôpitaux, postes, centres, cases de santé etc.). Pour l'illustrer, nous tenterons de

montrer ici les différences géographiques et sociales de mortalité des enfants au Sénégal et au Mali.

II.2 Les groupes ethniques dans les deux pays

L'ensemble ethnique du Sénégal est constitué de groupes autochtones et de groupes formés de migrants arrivés au gré des guerres, conquêtes, sécheresses qui rythmaient jadis la vie des sociétés africaines. La principale ethnie est le Wolof (dont les lébou). Ils représentent 34% de la population et sont majoritairement constitués de musulmans. Leur enracinement dans la société sénégalaise est marqué par l'ancrage de leur langue dans le pays. En tant que langue nationale, le wolof est la langue la plus parlée dans le pays. Les Wolof sont traditionnellement cultivateurs et pêcheurs et sont essentiellement implantés dans la capitale et au centre du pays. Ils sont suivis des serer (17%) qui sont également agriculteurs et pêcheurs et présents sur l'ensemble de la petite côte du pays. Composés de musulmans et de catholiques, ils sont en général instruits même s'ils habitent essentiellement dans les zones rurales.

Il existe au Sénégal un groupe d'ethnies en nombre non négligeable (15%) et culturellement assez proches en ce sens qu'il partage les mêmes coutumes et la même langue. Il s'agit des Peulh et des Toucouleur. De nature éleveurs et nomades, on rencontre ce peuple dans l'ensemble de la sous région. On les retrouve dans la plupart des pays africains dont le Mali, la Mauritanie et la Sierra Léone. Au Sud du pays est également présent un ensemble ethnique relativement homogène. Il est en majorité constitué de peuples d'ethnie Diola (11%) et de groupes provenant essentiellement de la Guinée Bissau (5%) et de la Gambie (1%). On retrouve également des Malinké au Sénégal mais dans des proportions très faibles (4%). Ils sont généralement présents dans le Sénégal oriental ou à proximité de la frontière avec le Mali.

Berceau de nombreuses civilisations, le Mali a donné naissance à plusieurs empires et royaumes d'où un brassage de peuples qui fait la richesse culturelle de ce pays. Le principal groupe ethnique du pays est les Mandingue (40%), ethnie essentiellement composée de Bambara. Présent au Sud et au autour de la capitale,

ce groupe est complété par d'autres tribus qui lui sont apparentées et que l'on retrouve également au Sénégal : les Malinké (6,6%), les Sarakolé (8,8%) et les Peuhls (13,9%). Il existe d'autres ethnies spécifiques au Mali. Parmi elles, on peut citer les Sénoufo (9%), les Dogon (8%), les Sonraï (7,2 %), les Dioulas (2,9%), et les Bwabas (2,4%). Au Nord du pays nous retrouvons les peuples nomades et semi-sédentaires que sont les Touareg (1,7%), les Maures et les Arabes (1,2 %). Ces derniers sont essentiellement composés de commerçants et d'éleveurs-nomades.

Aussi bien au Sénégal qu'au Mali, les populations, quelle que soit l'ethnie, vivent dans un mixage total conformément aux exigences de la coutume et de la tradition. Mais comme tout groupe social, elles sont confrontées aux exigences et aux contraintes de la modernité. Les comportements sanitaires dans ces deux pays résident donc dans un processus d'ouverture, de jugement d'opportunité et de démocratisation (offre généralisée) des pratiques modernes de santé.

III Données et méthode d'analyse

Pour réaliser cette étude, nous nous sommes appuyés sur les données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) réalisées dans les deux pays entre 1986 et 2006. L'analyse explicative ne s'est basée que sur les enquêtes les plus récentes réalisées au Sénégal (2005) et au Mali (2006). Les rapports d'enquête EDS font état des limites des estimations de mortalité à partir de l'historique des naissances des mères interviewées. Les principes de l'analyse démographique permettent de relever en particulier des limites d'ordre méthodologique. Les personnes interrogées sont les femmes présentes au moment de l'enquête. Par conséquent, aucune information n'est disponible sur celles qui sont décédées et le comportement des mères d'enfants orphelins n'est pas saisi. Par ailleurs, il est à noter les problèmes liés aux erreurs d'enregistrement (omissions, transferts et imprécisions des dates).

Le sous enregistrement des événements a été négligeable dans les deux pays. De même, la structure quinquennale des taux de mortalité (mortalité 0-5 ans) limite considérablement les effets des transferts de dates. Si au plan global (mortalité 0-5

ans) les biais liés à l'imprécision des dates restent sans impact sur la mortalité des enfants, ils le sont beaucoup moins sur la mortalité infantile du fait de l'attraction des 12 mois. La mortalité juvénile pourrait en être surestimée au détriment de celle infantile. Mais, en somme, les conséquences de ces problèmes ont été jugés négligeables et n'ont donc conduit à aucun ajustement des données de base.

L'approche comparative des différences interethniques de la mortalité des enfants a pu être mesurée grâce aux questions relatives :

- à l'histoire génésique des femmes au cours des cinq dernières années précédent l'enquête. Cette partie du questionnaire a permis de recueillir l'historique de toutes les naissances vivantes de la femme sur la période considérée ;
- au sexe, à l'âge, et à l'état de survie des enfants nés vivants ;
- à l'âge au décès pour les enfants décédés.

La mesure effectuée à partir de ces informations a permis de calculer des quotients de mortalité sur des périodes allant de 5 à 15 ans avant l'enquête. Pour mieux situer les différences de niveaux, nous avons retenu les mêmes périodes d'observations pour les deux pays : 1990-1994, 1995-1999 et 2000-2004. En ce qui concerne le calcul des taux, il a été établi pour chaque période le nombre total de naissances et les décès leur correspondant pour disposer d'un indicateur ayant rigoureusement la signification d'un quotient de mortalité.

L'approche simple et schématique de Hill et Randall (1984) est utilisé ici pour établir la relation entre l'ethnie et la mortalité des enfants. Des calculs spécifiques sont réalisés pour contrôler les différences ethniques de mortalité des enfants au Sénégal et au Mali en tenant compte du milieu de socialisation (lieu d'enfance), de la résidence actuelle et du niveau d'instruction.

IV Différences interethniques de mortalité

Diverses sont les études qui se sont penchées sur l'étude de la mortalité différentielle et en particulier la mortalité des enfants selon les caractéristiques

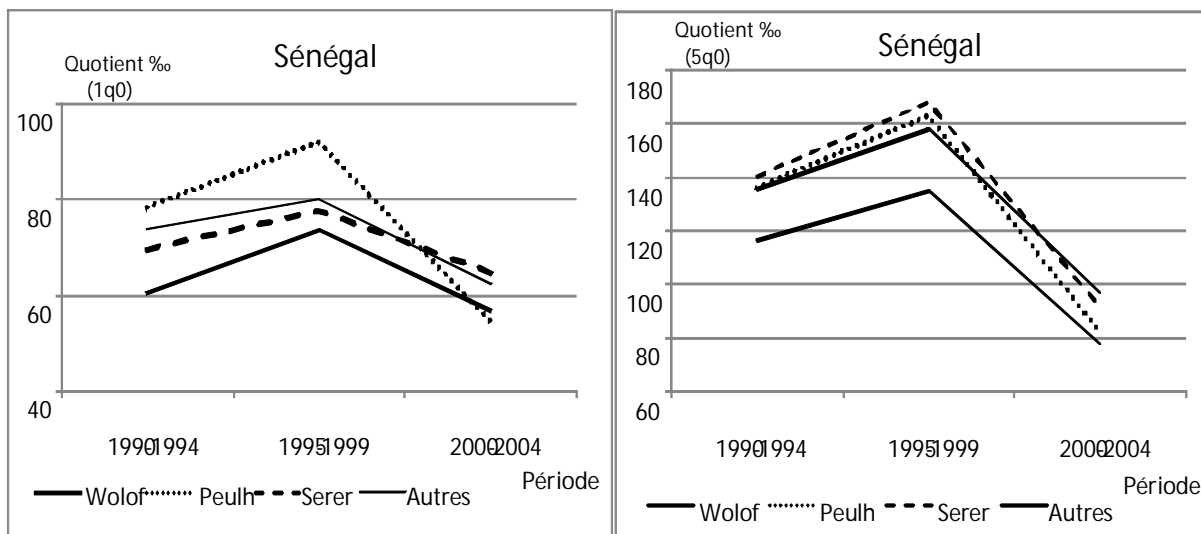
sanitaires, démographiques et socio-économiques, mais peu sont celles ayant traité de la mortalité différentielle selon les caractéristiques culturelles d'une population. Nous avons retracé précédemment l'évolution de la mortalité des enfants au Mali et au Sénégal, au cours d'une période d'une quinzaine d'années. Dans ce qui suit nous allons essayer de mesurer les différences interethniques de mortalité des enfants dans les deux pays.

VI.1. Ethnie et mortalité des enfants au Sénégal

De façon générale, la mortalité des enfants au Sénégal se situe à des niveaux beaucoup moins importants que ceux observés au Mali. Les progrès réalisés dans le pays se reflètent sur les niveaux de mortalité des groupes ethniques. Les différences ethniques semblent également plus nettes dans le pays. Avant les années 2000, on relève que la mortalité infantile était largement plus faible chez les Wolof et les Serer. La baisse de la mortalité des enfants Serer (1q2) est une réalité au Sénégal et elle date des années 1980-1990 (Pison, 1985 ; Brockerhoff et Hewett, 2000).

Au milieu des années 90 on enregistrait 60 et 69 décès infantiles pour 1000 naissances vivantes, respectivement chez les Wolof et les Serer. Durant cette période, les niveaux constatés chez les Peulh (78,3‰) et les autres groupes ethniques (73,6‰) apparaissent relativement élevés. Contrairement à la réalité malienne, les Peulh du Sénégal vont enregistrer au milieu des années 2000 des avancées notables dans la survie de leurs enfants avant leur 1^{er} anniversaire. Ils sont d'ailleurs ceux qui profitent de la baisse générale observée durant cette période. En effet, le taux de mortalité infantile les concernant passe en dessous de celui relevé chez les Wolof et les Serer (respectivement 54,3‰ contre 56,6‰ et 64,6‰).

Graphique 3 : Tendances de la mortalité infantile (1q0) et infanto-juvénile (5q0) par groupe ethnique au Sénégal



Cette dynamique favorable concerne l'état de santé général des enfants. En témoigne l'évolution de la mortalité infanto-juvénile, le recul de la mortalité est plutôt rapide pour toutes les ethnies. Cependant, la santé globale des enfants est meilleure chez les Wolof, talonnés par les Peulh qui occupent désormais le second rang de l'ethnie dans laquelle l'état sanitaire des enfants est meilleur.

Au milieu des années 1990, l'analyse de la mortalité infanto-juvénile montre un écart considérable entre les wolofs et les autres ethnies du Sénégal. On estime leur quotient à 116,6‰ alors qu'il se situe à 136,0‰ et 140,3‰, respectivement chez les Peulh et les Serer. La dégradation de la situation sanitaire des enfants de la fin des années 1990 semble avoir plus pesé sur la santé juvénile. Outre les wolofs, on note que les niveaux de décès juvéniles des autres catégories ethniques étaient relativement proches.

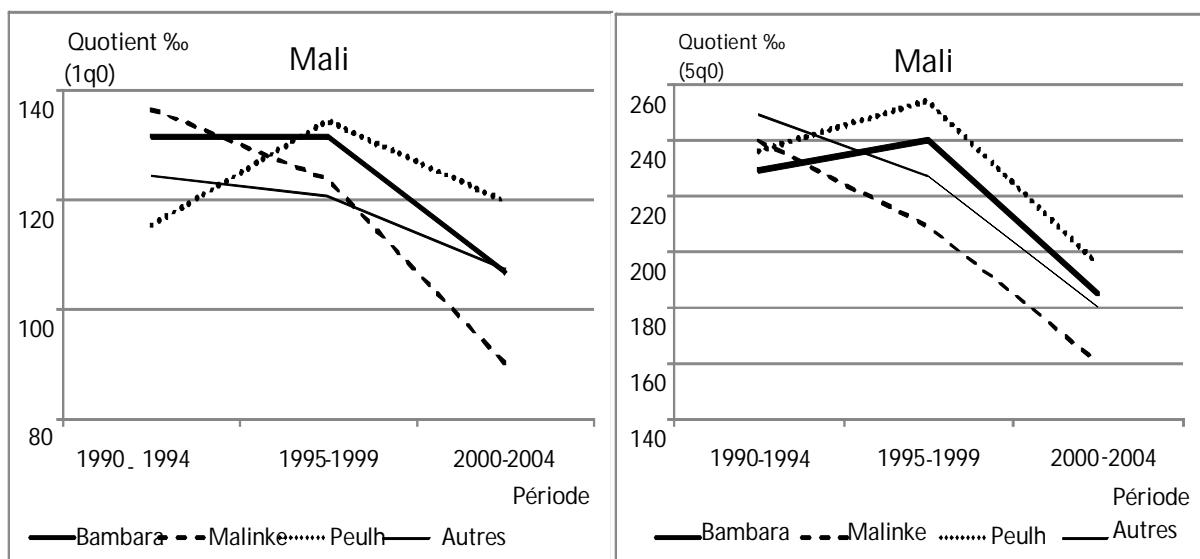
Mais l'impact de la mortalité juvénile dans la mortalité des enfants est plus perceptible chez les Serer. Avant 2000, le niveau de la mortalité infanto-juvénile par rapport à la mortalité infantile montre une mortalité juvénile très importante chez ces derniers. Comparativement aux autres ethnies, les enfants Serer semblent plus touchés. Cette situation perdurera jusqu'au milieu des années 2000 malgré une tendance à une amélioration certaine.

VI.2. Ethnie et mortalité des enfants au Mali

Notre analyse de la mortalité différentielle se focalisera sur les trois principales ethnies : Bambara, Malinké, Peuhls. Les autres groupes ethniques sont regroupés dans la catégorie « autres » (Sonraï, Tanachek et les Bobos).

Le graphique 3 permet de retracer l'évolution de la mortalité infantile à travers les trois périodes 1990-94, 1995-99 et 2000-2004 pour les principales ethnies du Mali. Pour la période 1990-94, le taux de mortalité infantile le plus élevé est enregistré chez les Malinké (136,7‰), suivie des Bambara (131,73‰). Par contre, c'est chez les Peulh qu'on observe le niveau de mortalité le plus faible.

Graphique 4 : Tendances de la mortalité infantile (1q0) et infanto-juvénile (5q0) par groupe ethnique au Mali



Dans la période 1995-99, la situation va se dégrader chez ces derniers à tel point qu'ils disposeront du niveau de mortalité le plus élevé (134,2‰). Parallèlement, la situation des Malinké (123,8‰) va s'améliorer et celle des Bambara stagnera (131,6‰). La période 2000-2004 marquera une baisse générale de cette mortalité chez toutes les ethnies avec des intensités très variables. On remarquera la forte amélioration de la santé infantile des enfants Malinké et de celle des enfants des

autres ethnies. Les Bambara observeront également des progrès dans la survie de leurs enfants à un an. Quant aux Peulh, ils profiteront de ces évolutions favorables mais dans une moindre mesure.

Les tendances à la baisse de la mortalité des enfants se perçoivent mieux dans l'évolution de la mortalité des enfants avant cinq ans. La prise en compte de la mortalité juvénile permet de mieux situer les différences interethniques. Sur la période 1990-1994, elle apparaît plus manifeste chez les autres groupes ethniques (249,1‰). Les niveaux atteints chez les Malinké (239,7‰) et les Peulh (236,0‰) sont relativement équivalents. En revanche, ce sont les Bambara (229,5‰) qui affichent une mortalité de leurs enfants plus faibles, comparativement à leurs autres compatriotes. Ces résultats n'augurent pas de l'évolution future des différences ethniques quant à l'état sanitaire des enfants au Mali. La situation va se dégrader sur la période 1995-1999 pour toutes les ethnies mais les moins épargnées dans le milieu des années 1990 ne sont pas nécessairement les plus touchées. Ce sont les enfants Peulh (253,8‰) qui décèdent le plus avant cinq ans et la progéniture Malinké ressort plus préservée (209,0‰). Contrairement à ce qui a été observé entre 1990-1994 et 1995-1999, les situations de cette dernière période ont été déterminantes dans les progrès enregistrés au milieu des années 2000. La santé des enfants s'améliore grandement pour toutes les ethnies, en particulier Bambara (184,9‰) mais surtout Malinké (160,0‰). La situation des enfants de la catégorie « autres » constituée des ethnies Sonraï, Tanachek et Bobos a favorablement évolué.

Les analyses précédentes n'ont pas permis d'établir une relation claire entre l'ethnie et la mortalité des enfants. Si une relative différence semble s'observer entre les Wolof et les autres ethnies au Sénégal, aucune tendance nette ne se dessine au Mali. D'autres facteurs pourraient empêcher de ressortir les différences interethniques. En particulier, les inégalités de survie de l'enfant peuvent tenir de facteurs tels que le milieu de socialisation (capitale/grande ville, ville et campagne), le milieu de résidence actuelle (urbain, rural) et le niveau d'instruction. Ces facteurs sont à notre sens ceux qui peuvent consolider ou remodeler les systèmes de valeurs des populations. En considérant que le milieu et la formation forgent les comportements, la prise en compte des comportements sanitaires modernes est de facto effectuée.

VI.3 Ethnie, mortalité différentielle et spécificités géographiques et sociales

L'objet de l'analyse de la mortalité des enfants selon les caractéristiques géographiques et sociales est de rechercher des différences de mortalité interethniques à statut de socialisation, de résidence et d'instruction équivalents. Cette analyse est effectuée en comparant les deux principales ethnies des deux pays avec les autres.

Au Sénégal, lorsque le lieu de socialisation est la capitale ou une grande ville, les Wolof observent une mortalité moins importante que les autres ethnies (tableau 1). Par contre, en cas de présence dans une ville moyenne, il ressort une surmortalité des enfants Wolof comparativement à ceux de femmes d'ethnies Peulh et Serer. En cas de socialisation au village, la mortalité des enfants Wolof devient moins importante que celle des Peulh.

La comparaison interethnique semble plus tranchée à lieu de résidence équivalent. En effet, on observe une sous-mortalité des enfants Wolof dans les centres urbains mais une surmortalité en zone rurale. Cette surmortalité est également notée quand les femmes Wolof sont sans instruction. Lorsqu'elles acquièrent une certaine instruction, elles affichent également une surmortalité de leurs enfants à l'égard de leurs consœurs Serer et ce, pour les niveaux primaire et secondaire et plus.

Tableau 1 : Surmortalité des enfants de moins de 5 ans en 2000-2004 selon quelques caractéristiques géographiques et sociales : comparaisons entre les wolof et les autres groupes ethniques (rapport des 5q0)

	Lieu de socialisation			Résidence actuelle		Niveau d'instruction		
	Capitale et grande ville	Ville	Village	Urbain	Rural	Sans	Primaire	Secondaire et plus
Wolof/Peulh	0,781	1,305	0,949	0,918	1,04	1,118	0,761	0,469
Wolof/Serer	0,728	1,531	1,140	0,982	1,19	1,148	1,418	1,261
Wolof/Autres	0,541	0,814	1,329	1,061	1,37	1,460	1,123	0,436

Contrairement à l'enfant Wolof, celui Bambara du Mali a plus de risque de décéder avant cinq ans que son compatriote des ethnies Malinké et Peulh (tableau 2). La situation en ville semble plus contrastée. Il se dégage une moindre mortalité par rapport aux enfants Malinké mais une surmortalité vis-à-vis de ceux des Peulh. Les mêmes tendances sont relevées lorsque le milieu de socialisation est le village.

Tableau 2 : Surmortalité des enfants de moins de 5 ans 2000-2004 selon quelques caractéristiques géographiques et sociales : comparaisons entre les Bambara et les autres groupes ethniques (rapport des 5q0)

	Lieu de socialisation			Résidence actuelle		Niveau d'instruction		
	Capitale et grande ville	Ville	Village	Urbain	Rural	Sans	Primaire	Secondaire et plus
Bambara/Malinké	1,087	0,403	0,919	0,605	0,922	0,899	0,806	0,402
Bambara/Peulh	1,285	1,004	1,036	2,476	1,062	1,026	1,419	1,384
Bambara/Autres	1,190	0,651	1,004	0,703	1,018	1,006	0,793	0,508

Pour une même zone de résidence, on en arrive aux mêmes conclusions. Le risque de décès infanto-juvénile en zones urbaine et rurale chez les enfants Bambara est moins important que celui des enfants Malinké. Il apparaît par contre supérieur que celui des enfants Peulh. L'analyse de la surmortalité ethnique selon le degré d'instruction est révélatrice d'une sous-mortalité des enfants Bambara sur les enfants Malinké quel que soit le niveau. A contrario, elle dénote leur surmortalité par rapport aux enfants Peulh.

Au total, on peut résumer ces résultats comme suit :

- il existe une meilleure survie des enfants de la principale ethnie comparativement aux autres groupes ethniques dans la capitale et les grandes villes au Sénégal qu'au Mali ;
- Dans les villes secondaires, la survie des enfants de la principale ethnie du Mali serait meilleure que celle du Sénégal eu égard à la mortalité des autres ethnies ;
- Un schéma identique est observé lorsque les mères des enfants ont été socialisées en campagne. Une sous-mortalité par rapport au second groupe

ethnique est observé dans les deux pays (Serer au Sénégal et Peulh au Mali) ;

- Contrairement au Mali, une sous-mortalité en milieu urbain et une surmortalité en zone rurale de l'ethnie principale est manifeste au Sénégal ;
- Il est également constant que les enfants de l'ethnie principale au Sénégal ont plus de risque de décéder avant d'atteindre leur 5^{ième} anniversaire que ceux de leurs homologues sans aucune instruction.
- Selon les niveaux d'instruction les plus élevés (primaire et secondaire et plus), les enfants de l'ethnie majoritaire de chacun des pays auraient moins de chances de survie avant le 5^{ième} anniversaire que ceux de leurs compatriotes des seconds groupes ethniques.

Conclusion

L'analyse des différences ethniques de mortalité des enfants a été réalisée ici dans une optique de mettre en avant les facteurs culturels et contextuels. Dans un contexte marqué par des similitudes de parcours de soins (automédication, soins de santé modernes et médecine traditionnelle), on observe de réelles différences de mortalité. Celles-ci pourraient tenir des modes de vie des populations mais également de leur capacité (instruction, ouverture à la modernité) à adopter les pratiques démarches modernes de santé. Ces considérations influencent fortement l'accessibilité au système moderne de santé et la représentation sociale de la maladie.

Cela dit, nous n'occultons pas l'impact de l'offre différenciée de soins dans les deux pays. Mais notons que l'insuffisance ou l'absence de structures sanitaires est le lot commun des pays en développement. Mais surtout, la surmortalité récurrente des Bambara au Mali, généralement présents en ville, porte à réfléchir davantage sur cette association. Toutefois le renforcement de la lutte contre la mortalité des enfants passera également par la mise en place de structures de santé suffisantes et de programmes de soins et de prévention efficaces.

En somme, des perspectives d'analyse tenant compte de l'offre de santé, de l'accès aux services de santé et de la situation socio-économique devraient être combinées

aux facteurs culturels pour mieux rendre compte de la mortalité différentielle des enfants dans les sociétés pluriethniques. Une telle approche pourrait permettre de mettre en exergue les véritables facteurs de cette mortalité. En s'appuyant sur les données d'enquêtes EDS réalisées dans les années 1970, M. Brockerhoff et P. Hewett (2000) ont étudiées la différence interethnique de mortalité des enfants dans 11 pays africains (Cote d'Ivoire, Ghana, Kenya, Mali, Namibie, Niger, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Sénégal et Zambie). Leurs conclusions tendraient à expliquer les différences de mortalité par les inégalités économiques et, éventuellement, des écarts dans le recours aux services de santé de l'enfant. Pour l'essentiel, ces résultats ont porté sur les différences intra-ethniques. Une étude plus détaillée sur les différences interethniques pourrait être riche d'enseignement. Toutefois, il faudra en particulier veiller à l'explication du phénomène par des variables temporellement pertinentes. En l'occurrence, on cherchera à expliquer un phénomène actuel par des caractéristiques ou attitudes actuelles. Un tel procédé serait plus à même de fournir une explication adéquate de la relation entre l'appartenance ethnique et la mortalité des enfants. La prise en compte des facteurs culturels et géographiques de la mortalité est un élément fondamental dans les stratégies de mise en œuvre des politiques sanitaires.

Bibliographie

Brockerhoff M. et P. Hewett. Inégalités de la mortalité de l'enfant chez des groupes ethniques de l'Afrique subsaharienne. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (1) : 30-41.

Cantrelle Pierre. Mortalité du jeune enfant en Afrique intertropicale. *Carnets de l'enfance Assignment Children*, Extrait du No 15, juillet-septembre 1971, Reprint from No. 15, July-September 1971, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, United Nations Children's Fund, UNICEF

De Heusch Luc. L'ethnie. The vicissitudes of a concept. *Social Anthropology* (2000), 8:2:99-115 Cambridge University Press, Copyright © 2000 European Association of Social Anthropologists

Gaisie S. Culture and health in sub-Saharan Africa. In : Caldwell J et al. *What we know about health transition : the cultural, social, and behavioural determinants of health. Proceedings of an International Workshop*, Canberra, May 1989, Vol. 2. Canberra, Health Transition Centre, Australian National University, 1990 : 609-627.

Hill Allan et Sara Randall. « Différences géographiques et sociales dans la mortalité infantile et juvénile au Mali ». *Population*, Année 1984, Volume 39, Numéro 6, p. 921 - 946

Pison G et al. *Population dynamics of Senegal*. Washington, DC, National Academy Press, 1995.