



# **LES ANNALES DE L'IFORD**

**VOL. 17 N° 1 (SPECIAL)**

**JUILLET 1994**

**REVUE SEMESTRIELLE PUBLIEE**

**PAR**

**L'INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE DEMOGRAPHIQUES**

Directeur de la Publication : Prof. D. M. SALA-DIAKANDA  
Secrétariat de la rédaction : E. NGWE  
Administration et diffusion : E. NGWE

## COMITE DE LECTURE

**Président :** Daniel M. SALA-DIAKANDA

**Membres :**

Ahmed BAHRI	AKA KOUAME
Amadi BETBOUT	Samson B. LAMLENN
Richard DACKAM-N.	Cheik MBACKE
Jean-Louis DONGMO	Emmanuel NGWE
EVINA AKAM	NZITA KIKHELA
Philippe FARGUES	Alberto PALLONI
Francis GENDREAU	Etienne Van de WALLE
Hubert GERARD	Jean WAKAM

**I.FO.R.D.**  
Section des Publications  
B. P. 1556 YAOUNDE  
Telex 8304 KN (PNUD) et 8441 KN (MULPOC)  
CAMEROUN

© I. FO. R. D. YAOUNDE  
I S B N 2-905327 - 22 - 7

# **LES ANNALES DE L'IFORD**

**VOL. 17 N° 1 (SPECIAL)**

**JUILLET 1994**

**REVUE SEMESTRIELLE PUBLIEE**

**PAR**

**L'INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE DEMOGRAPHIQUES**

## **AVIS AUX LECTEURS**

*Ce numéro des Annales de l'IFORD est un numéro spécial. Nous l'avons voulu ainsi pour matérialiser un double événement : la célébration en juillet 1993 du 20<sup>e</sup> anniversaire de l'Institut (qui aurait dû normalement être célébré en novembre 1992) et la fin du mandat du troisième Directeur de l'IFORD, le Professeur Daniel M. SALA-DIAKANDA, mandat qui s'est étalé du 6 janvier 1986 au 28 juin 1994. Ainsi le lecteur trouvera dans ce numéro deux documents inédits : le rapport du séminaire international sur la mortalité infantile et juvénile en Afrique organisé par l'IFORD à l'occasion de son 20<sup>e</sup> anniversaire et le témoignage combien édifiant de Daniel SALA-DIAKANDA sur les huit années passées à la tête de l'Institut. Un article sur les déterminants de la fécondité au Bénin permet cependant à la revue de conserver en partie son ton habituel.*

*Nous espérons que les lecteurs comprendront aisément qu'une fois n'est pas coutume. Les circonstances, pensons-nous, exigeaient de notre part une initiative de ce genre.*

*La Rédaction*

**SEMINAIRE SUR LA MORTALITE INFANTILE ET JUVENILE  
EN AFRIQUE : BILAN DES RECHERCHES  
ET POLITIQUES DE SANTE**

(YAOUNDE, 19 - 23 JUILLET 1993)

**INTRODUCTION**

Pour célébrer son vingtième anniversaire, l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD) a organisé à Yaoundé, dans une des salles de conférences du Palais des Congrès, du 19 au 23 juillet 1993, un séminaire international sur le thème *La mortalité infantile et juvénile en Afrique : Bilan des recherches et politiques de santé*.

Les objectifs de ce séminaire étaient les suivants :

- faire le point sur l'état actuel des connaissances sur les caractéristiques de la mortalité infantile et juvénile en Afrique : sources des données, niveaux, tendances, causes de décès et facteurs ;
- évaluer l'impact des pathologies nouvelles sur la mortalité infantile et juvénile : le cas du SIDA ;
- redéfinir les programmes essentiels dans le cadre de la stratégie des soins de santé primaires susceptibles d'accélérer la baisse de la mortalité infantile et juvénile en Afrique ainsi que les conditions de mise en œuvre de ces programmes.

Le financement de ce séminaire a été assuré par le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) et la Coopération française.

Ont pris part à ce séminaire 70 participants venus d'Afrique, d'Amérique et d'Europe, ainsi que les étudiants de la 17<sup>e</sup> promotion de l'IFORD. Parmi les participants, on trouvait non seulement des démographes, mais aussi des sociologues, des épidémiologistes, des médecins, etc., ce qui a assuré au séminaire son caractère pluridisciplinaire.

Il importe de mentionner la présence à ces assises de Monsieur Francis GENDREAU, premier directeur de l'IFORD et actuellement directeur du Centre Français sur la Population et le Développement (CEPED), un des partenaires privilégiés de l'IFORD.

## COMPTE-RENDU DES TRAVAUX

### Ouverture des travaux

La séance d'ouverture des travaux du séminaire était présidée par le professeur Martien Towa, recteur de l'université de Yaoundé II ; elle a été marquée par trois allocutions respectivement prononcées par le directeur de l'IFORD, le directeur du CEPED, premier directeur de l'IFORD, et le recteur de l'université de Yaoundé II. Cette séance a aussi été consacrée à l'adoption du calendrier des travaux et de la méthode de travail.

Après avoir souhaité aux participants la bienvenue et un agréable et fructueux séjour à Yaoundé, le directeur de l'IFORD a, dans son allocution :

- rappelé les objectifs de l'IFORD dans le domaine de la recherche démographique ainsi que les objectifs du séminaire ;
- brossé à grands traits le bilan des activités de l'IFORD au cours des 20 premières années de son existence : il ressort notamment de ce bilan que l'IFORD a formé près de 300 démographes qui ont apporté, par leurs activités, une contribution déterminante dans la connaissance des populations africaines et la prise de conscience par les gouvernements africains de l'importance des questions démographiques dans le développement socio-économique du continent ; l'IFORD a par ailleurs réalisé d'importants travaux de recherche, en particulier dans les domaines de la mortalité infantile et juvénile, des maladies tropicales et du SIDA, ainsi que de nombreuses publications ;
- souligné les énormes difficultés rencontrées par l'Institut au cours de ces 20 ans, du fait, notamment, de l'insuffisance et de l'irrégularité des contributions des Etats membres ;
- présenté dans ses grandes lignes la restructuration de l'IFORD, marquée notamment par le rattachement académique de l'IFORD à l'université de Yaoundé II, le recrutement d'une nouvelle équipe du personnel scientifique et la définition de nouvelles orientations en matière de formation et de recherche ;
- rendu un vibrant hommage aux partenaires de l'IFORD, dont le FNUAP, la France et l'OMS, pour leur soutien inlassable aux activités de l'Institut ;
- remercié l'ensemble du personnel pour son abnégation et sa conscience professionnelle ;

- souhaité que les travaux du séminaire puissent contribuer à l'élaboration du nouveau programme de l'IFORD en matière de recherche.

Dans son discours, Monsieur Francis GENDREAU a :

- fait un bref historique de la création de l'IFORD en soulignant quelques difficultés de démarrage ;
- examiné dans leurs grandes lignes les orientations actuelles et futures des activités de formation et de recherche à l'IFORD.

S'agissant de ce second point, Monsieur GENDREAU a notamment précisé que l'objectif de l'IFORD, en matière de formation au cours des 20 premières années de son existence, était de doter les pays africains de hauts cadres compétents devant contribuer à l'accumulation et à l'analyse de données sur les populations encore mal connues. Vu les progrès appréciables accomplis dans ce domaine, nonobstant les disparités nationales, la situation actuelle du continent, caractérisée par des problèmes de développement multiples, commande que la formation à l'IFORD soit de plus en plus orientée vers l'approfondissement de la réflexion sur les problèmes de population et de développement. Il en va d'ailleurs de même de la recherche pour laquelle le manque de moyens a constitué jusqu'à présent une sérieuse entrave en dépit des efforts appréciables entrepris par la Direction de l'Institut pour diversifier les sources de financement. Monsieur GENDREAU a, à cet égard, lancé un vibrant appel au FNUAP, au Gouvernement camerounais et à tous les autres partenaires de l'IFORD pour qu'ils renforcent leur soutien aux activités de recherche de l'Institut.

Dans son allocution, le recteur de l'université de Yaoundé II s'est tout d'abord félicité du rattachement académique de l'IFORD à l'université de Yaoundé II et a salué l'initiative prise par l'IFORD d'organiser ce séminaire. Il a ensuite :

- souligné l'importance de ce séminaire compte tenu du thème choisi qui est d'une brûlante actualité, à savoir, la mortalité infantile et juvénile ;
- remercié les partenaires de l'IFORD pour leur soutien financier et l'organisation de ce séminaire ;
- affirmé la volonté du Gouvernement camerounais ainsi que celle des autorités de l'université de Yaoundé II de continuer à apporter leur appui à l'IFORD.

### **Organisation des travaux**

Les travaux du séminaire se sont déroulés en six sessions, consacrées chacune à un sous-thème. Au cours de chaque session, ont été présentées des communications de base sollicitées par l'IFORD et des

communications spontanées proposées par différents auteurs. Chaque session était coordonnée par un président et animée par un commentateur désigné à l'avance par l'IFORD. Le rapport était assuré par deux rapporteurs. Le programme détaillé des travaux figure en annexe.

Les lignes qui suivent donnent la substance des différentes sessions.

## Session 1

### OBSERVATION DE LA MORTALITE INFANTILE ET JUVENILE EN AFRIQUE : BILAN ET PERSPECTIVES

Trois communications ont été présentées au cours de cette session.

*Emmanuel NGWE :*

#### *Réflexion sur l'observation de la mortalité infantile et juvénile en Afrique*

Cette communication souligne les efforts déployés dans les pays africains pour améliorer l'observation de la mortalité infantile et juvénile.

L'auteur passe en revue les différentes méthodes d'observation mises en œuvre dans les pays africains et reconnaît que, malgré ces efforts et la diversité des méthodes, la situation n'est pas encore satisfaisante, et des disparités énormes entre pays subsistent. Les efforts entrepris devraient donc être poursuivis et même renforcés. Cependant, les difficultés financières des Etats et l'évolution des besoins par rapport aux problèmes de population constituent des obstacles difficiles à lever.

*Médard Forso :*

#### *Observation de la mortalité infantile et juvénile dans l'EDS du Cameroun*

Cette communication expose la démarche adoptée par l'EDS pour saisir la mortalité infantile et juvénile, avec un accent particulier sur la présentation du questionnaire et des variables, ainsi qu'un aperçu sur la qualité des données recueillies. Les résultats obtenus semblent entachés de quelques erreurs dues notamment aux difficultés de datation des événements rencontrés sur le terrain.

*Françoise GUBRY :*

#### *EMIJ, EMIJO, EMIJUL, EMIS ou la déclinaison des enquêtes EMIJ sur la mortalité infantile et juvénile dans la littérature démographique*

Cette communication répertorie 103 références bibliographiques consacrées au thème de la mortalité infantile et juvénile à partir des travaux découlant des enquêtes sur le même thème suscitées par l'IFORD à la fin des années 70. Les pays concernés sont le Bénin, le Burkina-Faso, le Cameroun, le Congo, le Mali, la République Centrafricaine, le Sénégal et le Togo.

## DISCUSSION

Les discussions ont porté sur les points suivants : l'adéquation des méthodes d'observation aux besoins spécifiques des pays, la qualité des données recueillies sur la mortalité infantile et juvénile, la finalité de la

recherche sur la mortalité infantile et juvénile, le problème du financement de l'observation démographique.

### **Adéquation entre méthodes d'observation et besoins nationaux**

Les différentes méthodes d'observation appliquées dans les pays ont, malgré les insuffisances inhérentes à chacune d'elles, largement contribué à améliorer la connaissance de la mortalité infantile et juvénile. Il est difficile de décider de la meilleure méthode d'observation pour tel ou tel pays, mais le choix d'une méthode devrait tenir compte prioritairement du type d'indicateurs dont a besoin le pays pour une observation suivie de l'évolution du phénomène. Il semble à cet égard que les enquêtes à objectifs multiples (type EDS) présentent des avantages. Sans définitivement l'abandonner, on devrait chercher à améliorer la technique de la question sur *les décès des 12 derniers mois*. En tout état de cause, la nécessité de poursuivre et de renforcer l'observation de la mortalité infantile est indiscutable. Dans cette perspective, les opérations de collecte futures devront particulièrement prendre en compte les imperfections méthodologiques des opérations antérieures.

### **Qualité des données recueillies**

Les principaux problèmes qui affectent la qualité des données recueillies sur la mortalité des enfants lors des enquêtes concernent la datation des décès, les omissions et la préférence pour certains âges. Le mauvais fonctionnement de l'état civil dans la plupart des pays ne permet malheureusement pas toujours de redresser les données collectées.

### **Finalité de la recherche sur la mortalité infantile et juvénile**

Un consensus s'est dégagé sur l'intérêt pour les pays africains de développer à la fois la recherche dite fondamentale et la recherche appliquée dans ce domaine. La première contribue nécessairement à faire avancer les connaissances ; la seconde fournit des éléments indispensables pour des actions de développement.

### **Financement de l'observation démographique**

L'observation démographique en Afrique (celle de la mortalité des enfants en particulier) a été jusqu'à présent financée par des organismes étrangers ou les pays industrialisés. Cela ne s'est pas fait sans conflit d'intérêts quant à la priorité à donner à l'observation de la mortalité des enfants. Vu le coût élevé des enquêtes, les gouvernements africains devront déployer plus d'efforts que par le passé pour améliorer l'état civil, et les chercheurs, quant à eux, devront s'intéresser beaucoup plus à cette source de données.

## Session 2

### **NIVEAUX, STRUCTURES ET TENDANCES DE LA MORTALITE INFANTILE ET JUVENILE EN AFRIQUE**

Cinq communications, dont trois de base et deux spontanées, ont été présentées au cours de cette séance.

*Richard DACKAM NGATCHOU :*

*Niveaux, structures et tendances de la mortalité infantile et juvénile en Afrique*

La mortalité des enfants en Afrique est encore très élevée, proche du niveau observé en Europe au début du 20<sup>e</sup> siècle. Sa baisse, quoique considérable, n'est pas suffisamment rapide et d'importantes disparités entre pays et à l'intérieur des pays subsistent. Sa structure a évolué vers la structure observée dans les autres populations bien qu'il existe encore quelques zones présentant des structures atypiques. Il s'agit notamment des zones où on observe une surmortalité des filles entre 1 et 5 ans. La conjoncture politique et économique difficile n'explique qu'en partie le ralentissement du déclin observé dans quelques pays.

*Magali BARBIERI :*

*Niveaux, tendances et structures par âge de la mortalité des enfants en Afrique subsaharienne : une analyse des enquêtes démographiques et de santé*

Des analyses faites sur 12 pays d'Afrique subsaharienne à partir des données issues de l'EDS à l'aide des "taux par segment d'âge non conventionnels" montrent que les niveaux de mortalité sont encore extrêmement élevés, les plus élevés du tiers-monde, que les écarts de niveaux entre pays sont considérables, que le déclin de la mortalité est variable mais globalement significatif, que la structure par âge présente de moins en moins de particularités. En somme, l'évolution variable de la mortalité des enfants selon l'âge "traduit les différences importantes qui existent dans les facteurs principalement responsables des niveaux de santé dans l'enfance. Elle montre aussi que l'Afrique subsaharienne n'a pas subi de ralentissement prononcé de déclin de la mortalité des enfants".

*Amadou NOUMBISSI :*

*Mortalité infantile et juvénile au Cameroun : une baisse différenciée au cours des années 70 et 80. Hypothèse d'explication*

Les tendances de la mortalité infantile et juvénile par génération au Cameroun ont été présentées et on observe une bonne cohérence entre

les deux sources (Enquête Nationale de la Fécondité de 1978 et Enquête Démographique et de Santé de 1991). Par rapport à la mortalité juvénile, il a été observé un certain ralentissement de la vitesse de la baisse de la mortalité infantile au début des années 80.

Les facteurs (facteurs d'identification sociale et culturelle, facteurs "géographiques" et contextuels et facteurs physio-biologiques de la mère et de l'enfant) pouvant expliquer les différences de mortalité ont été analysés. A l'aide d'un modèle s'adaptant bien à ce type d'analyse, les facteurs les plus significatifs ont été identifiés selon le type de mortalité (infantile ou juvénile) et le mécanisme de l'évolution de la mortalité mis en exergue. D'une manière générale, seule la survie des enfants appartenant à des couches "favorisées" a connu une nette amélioration et l'écart entre ces dernières et les couches "défavorisées" s'est davantage creusé.

*Georges ADJE KOMAN :*

*Niveaux, structures et tendances de la mortalité infantile et juvénile en Côte-d'Ivoire*

Les données issues de l'enquête à passages répétés de 1978-1979, de l'enquête ivoirienne sur la fécondité de 1980-1981 et du recensement général de la population et de l'habitat de 1988 permettent de connaître les caractéristiques de la mortalité des enfants en Côte-d'Ivoire. Le phénomène a connu une baisse notable entre 1965 et 1988, mais son niveau reste globalement élevé. Il existe des écarts considérables du niveau selon le milieu de résidence.

*Michel KWEKEM FANKAM :*

*Structures, niveaux et tendances de la mortalité infantile et juvénile au Cameroun à partir des données de l'ENF et de l'EDS*

Lors de l'Enquête Nationale sur la Fécondité (1978) et de l'Enquête Démographique et de Santé (1991) on a posé des questions sur l'histoire génésique des femmes. Ces données montrent que la force de la mortalité est très variable selon l'âge, que le niveau de la mortalité infanto-juvénile baisse régulièrement depuis une vingtaine d'années et qu'il y a une tendance générale à une baisse continue et régulière de la mortalité juvénile au cours des 25 dernières années.

## DISCUSSION

Il ressort globalement de ces communications, ainsi que des commentaires qui s'en sont suivis, qu'en ce qui concerne le niveau, le continent africain détient le triste record de la mortalité infantile et juvénile la plus élevée au monde. On y observe cependant de très grandes disparités, notamment entre les régions et les couches sociales.

Concernant les tendances, il apparaît incontestablement que l'Afrique a connu une baisse très importante de la mortalité, notamment dans les années 70. Mais si l'on en croit les récentes enquêtes EDS, cette baisse se serait grandement atténuée depuis les années 80, si bien que dans certains pays comme le Kenya, par exemple, la mortalité serait même en hausse. Ce ralentissement serait probablement lié à la crise économique qui sévit gravement en Afrique depuis la fin des années 70. Quoi qu'il en soit, la mortalité infantile semble résister davantage que la mortalité juvénile. Mais on n'en a pas encore une explication satisfaisante. Il faudrait promouvoir des recherches approfondies sur ce phénomène en prenant notamment en compte la pauvreté et la malnutrition dans les ménages du fait de la crise.

L'examen de la structure par âge de la mortalité des enfants à partir des données récentes révèle que la structure "atypique", observée antérieurement dans les années 60-70 (surmortalité juvénile par rapport à la mortalité infantile notamment), se serait grandement atténuée. Quant à la structure par sexe, la mortalité infantile et juvénile différentielle selon le sexe, ne semble pas homogène en Afrique. Des cas de surmortalité féminine, courants dans les pays d'Afrique du Nord, ont également été observés ces dix dernières années dans les pays d'Afrique subsaharienne tels que le Burkina-Faso, le Mali et le Cameroun. Certains pensent que cette surmortalité féminine résulterait de certaines pratiques socio-culturelles privilégiant le statut et la survie des enfants de sexe masculin. Mais des études plus approfondies sont nécessaires pour permettre de mieux comprendre et de mieux expliquer le phénomène.

Signalons, pour terminer, que l'on a souligné la nécessité d'avoir un regard critique sur les données utilisées et de connaître avec plus de certitude le niveau de variation différentielle de la mortalité infantile et juvénile en Afrique.

### Session 3

## CAUSES DE DECES ET FACTEURS DE LA MORTALITE INFANTILE ET JUVENILE

Sept communications ont été présentées au cours de cette session dont quatre de base.

*Barthélemy KUATE DEFO et Alberto PALLONI :*  
*Determinants of infant and early children mortality in Cameroon*

La communication analyse les relations entre l'allaitement, l'intervalle intergénéral, la santé et la survie des enfants. Les données utilisées proviennent de l'Enquête sur la Mortalité Infantile et Juvenile à Yaoundé (EMIJ) réalisée par l'IFORD entre 1978 et 1980. L'approche analytique est fondée sur deux modèles de risques qui permettent de vérifier les hypothèses relatives à l'allaitement maternel et la durée écoulée entre la naissance et la grossesse suivante sur la mortalité des enfants, en contrôlant les facteurs de confusion.

Les résultats confirment les conclusions d'autres recherches basées sur des enquêtes rétrospectives et prospectives. Les effets de l'allaitement maternel et de la conception rapprochée sur la mortalité de l'enfant sont très importants. Les enfants allaités au sein ont des risques moindres de décès que ceux nourris au biberon. Les effets de cette relation étant les plus importants dans les 12 premiers mois de la vie de l'enfant, s'estompant par la suite ; un intervalle génésique court est associé au décès des enfants. Il est peu probable que ces effets soient dus aux biais simultanés, à des variables non mesurées ou encore à des biais de sélectivité liés aux déperditions dans l'échantillon.

*Richard LALOU et Thomas K. LE GRAND :*  
*La santé des enfants du Sahel en ville et au village. Y a-t-il (encore) une différence ? Comparaison des cas de Bamako, Bobo-Dioulasso et d'une région rurale du Sénégal*

Le discours sur la relation entre la santé et le milieu d'habitat présente souvent la ville comme étant plus favorisée que le milieu rural. La communication tente de remettre en question cette thèse, en s'appuyant sur les données issues des Enquêtes sur la Mortalité Infantile au Sahel (EMIS) menées à Bamako (Mali), Bobo-Dioulasso (Burkina-Faso) et une région du Sénégal entre 1981 et 1985.

Les résultats obtenus, dont les auteurs tiennent à nuancer la portée compte tenu des contraintes liées aux données, apportent une série de connaissances quant à l'influence du milieu d'habitat :

- La ville reste un espace plus favorable à la santé de sa population ; l'effet du milieu est tout particulièrement sensible au cours de la deuxième année de la vie des enfants.
- La confrontation des niveaux de mortalité observés dans les quartiers spontanés de Bamako et les arrondissements ruraux de Fissel et Thiénaba montre que le sous-équipement et la pauvreté de ces quartiers ne suppriment pas cet avantage, la surmortalité reste l'apanage du milieu rural avec une exposition plus grande au risque infectieux.
- Les modèles de régression logistiques, utilisés afin de mettre en lumière les systèmes explicatifs de la mortalité des enfants âgés de 1 à 24 mois, montrent que les déterminants de la mortalité urbaine et rurale présentent des différences : l'accessibilité géographique et économique est plus déterminante en milieu rural, alors que l'influence du statut économique est plus grande en milieu urbain.
- Il est à remarquer que le niveau d'instruction de la mère ne ressort pas comme déterminant dans les résultats.

Les auteurs insistent dans leur réflexion sur la nécessité d'élaborer un cadre conceptuel permettant de mieux cerner les systèmes causaux et d'orienter les politiques.

Les études sur les différences de mortalité entre les milieux urbain et rural doivent aussi intégrer les aspects anthropologiques de celle-ci, étant donné leur place importante dans la chaîne causale. Il en est de même pour les variables telles que les besoins, les options et les coûts en matière de santé.

*Onene DJEDJED :*

*Causes de décès et facteurs de la mortalité infantile et juvénile en Côte d'Ivoire*

Cette communication est basée sur des statistiques hospitalières d'un CHU d'Abidjan.

La diarrhée et la rougeole avec ses complications apparaissent comme les causes immédiates les plus importantes des décès infantiles. Les décès de la période néonatale sont essentiellement provoqués par la prématurité, les affections cérébrales, les ictères et le tétanos. Les décès de la période périnatale sont dus au faible poids à la naissance, lié à une mauvaise surveillance prénatale et aux pathologies de la grossesse.

*KOFI BENEFO et T. P. SCHULTZ :*

*Determinants of child mortality and fertility in Côte d'Ivoire and Ghana*

Cette communication analyse la relation entre mortalité juvénile et

fécondité sur la base d'une étude portant sur les facteurs déterminants de la fécondité et de la mortalité juvénile en Côte-d'Ivoire et au Ghana. Elle s'attache à évaluer la somme des réactions de remplacement et d'anticipation face à la mortalité juvénile et, notamment dans une visée politique, à mesurer la variation du niveau de mortalité qui engendrerait une baisse conséquente du niveau de fécondité.

Les données utilisées portent sur 4.800 ménages ivoiriens (1985, 1986 et 1987) et 6.400 ménages ghanéens (1987-1988 et 1988-1989), issues des statistiques nationales produites en collaboration avec la Banque mondiale. Les données concernent les caractéristiques des femmes, des ménages et des collectivités.

En Côte-d'Ivoire, la mortalité juvénile est sensible à l'accès aux infrastructures sanitaires, la difficulté étant de déterminer par quel mécanisme l'accès aux soins de santé réduit les risques.

Au Ghana, le niveau d'instruction de la mère et le niveau de vie du ménage sont les facteurs les plus déterminants. Lorsque la mortalité est traitée comme une variable exogène, les estimations indiquent qu'une réduction des décès de cinq enfants se traduirait par une baisse de la fécondité d'une naissance.

*Mburano RWENGE :*

*Quelques aspects du contexte socioculturel de la morbidité des enfants en Afrique, au sud du Sahara*

Quelques aspects du contexte socioculturel de la morbidité des enfants au sud du Sahara sont examinés à partir des études menées jusqu'ici sur ce thème. Parmi ceux-ci, perception face à la maladie, thérapies traditionnelles, tabous alimentaires, qui ont des effets néfastes sur la santé des mères et des enfants, sont soulignés.

La différence des comportements des mères vis-à-vis de leurs enfants selon les valeurs culturelles de certaines populations africaines, les conséquences de ces valeurs sur la santé du couple mère-enfant sont des interrogations de fond de cette communication qui propose une réorientation des programmes de soins de santé primaires. Selon l'auteur, ces programmes devraient tenir compte des réalités socioculturelles et économiques actuelles de l'Afrique subsaharienne. L'accessibilité pour tous aux soins, ainsi que l'intégration de ces programmes aux politiques de développement des milieux reculés sont considérées comme des objectifs politiques prioritaires.

*Régine ZEBAZE :*

*Les causes de décès et les facteurs de la mortalité des enfants de moins de 5 ans en Afrique*

A partir d'études existantes, les causes de décès et les facteurs de la mortalité sont examinés dans six pays subsahariens, à savoir le Togo, le Mali, le Ghana, la Zambie, l'Ile Maurice et le Cameroun.

Au Togo, les décès des enfants de moins de 5 ans sont d'abord imputables aux maladies infectieuses et parasitaires ; viennent ensuite les maladies endocriniennes, celles liées à la nutrition et les affections de l'appareil respiratoire.

Au Mali, ce sont les complications de grossesses et d'accouchements, ainsi que les malformations congénitales qui constituent les premières causes de mortalité infantile et juvénile. Pour les enfants âgés de 1 à 4 ans, le paludisme, la malnutrition et la rougeole sont identifiés comme causes principales.

Au Ghana, les enfants de moins d'un an décèdent beaucoup plus des maladies de l'appareil respiratoire, du tétanos et de la méningite. Par contre, les décès juvéniles sont davantage dus à la malnutrition, à la rougeole et aux maladies respiratoires.

De l'étude menée à Lusaka en Zambie et dans une zone rurale, il ressort que les maladies infectieuses et parasitaires sont les plus importantes dans les décès d'enfants. La diarrhée occupe la deuxième place.

Au Cameroun, la rougeole et la malnutrition sont à l'origine de la mortalité juvénile, tandis que les maladies infectieuses et parasitaires sont de loin les maladies les plus mortelles pour les moins d'un an.

*TETANYE EKOE et Alii :*

*Causes d'hospitalisation et de mortalité de l'enfant à Yaoundé*

Du 1<sup>er</sup> juillet 1989 au 30 juin 1990, il a été réalisé une étude rétrospective sur les registres d'urgence et les dossiers de 2 923 malades hospitalisés dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Central de Yaoundé.

L'objet du travail a consisté à identifier les maladies majeures de l'enfant en termes de morbidité et de mortalité hospitalières dans le service. Pour atteindre cet objectif, on a étudié de manière rétrospective les maladies les plus fréquentes et les plus létales à partir du diagnostic principal retenu par l'équipe médicale pour chaque malade sur la base de signes cliniques ou des examens paracliniques.

Les résultats confirment ceux d'autres études effectuées dans la sous-région subsaharienne et relèvent que les affections les plus fré-

quentes sont dans l'ordre d'importance : l'anémie (18,5 %), le paludisme (17,8 %), les maladies des voies respiratoires inférieures (8,7 %), les méningites purulentes (7,4 %), la malnutrition protéino-énergétique (4,6 %), les infections néonatales (4,5 %), les gastro-entérites aiguës (4,2 %) et les gastro-entérites chroniques (4,1 %).

## DISCUSSION

S'agissant des causes de décès, les discussions ont mis en exergue les points ci-après :

- La comparaison des structures de décès, entre les pays et entre couches sociales, est un champ important de la recherche qu'il faut approfondir.
- La saisonnalité des causes de décès n'est pas assez traitée par les études.
- De même, les études ne prennent pas suffisamment en compte les conclusions d'autres enquêtes, notamment les enquêtes épidémiologiques.
- Le SIDA, comme cause de décès des enfants et comme facteur de surmortalité, a des implications multiples qu'il faut mettre en évidence.
- Le risque compétitif et la synergie entre les maladies sont également des phénomènes à explorer.

L'apport de la communication de KUATE et PALLONI réside notamment dans l'étude des risques concurrentiels. Les auteurs montrent les effets synergiques entre les causes, les maladies infectieuses et la malnutrition notamment. Dans cette perspective, il est fondamental de rappeler que les programmes de vaccination contre la rougeole ont des bénéfices plus importants que ceux attendus. Un des concepts utilisés dans cette étude, *l'épuisement maternel*, pose problème pour sa mesure. En ce qui concerne l'allaitement maternel, "quasi universel" en Afrique, l'attention est à porter sur les problèmes de calendrier, étant donné les risques liés à l'introduction précoce de suppléments nutritifs qui, en Afrique, ne sont pas adéquats. Il est important de déterminer les variables influençant le comportement des mères en matière de santé et d'alimentation, variables socio-économiques et culturelles.

Dans l'étude des déterminants socio-économiques et socio-culturels de la mortalité infantile et juvénile, une attention particulière doit être portée sur la nécessité de cerner les mécanismes par lesquels agissent ces déterminants. Ces trois niveaux d'action, celui de l'individu,

celui du ménage et celui de la collectivité sont à prendre en compte alors que, jusque-là, les variables communautaires ont été insuffisamment abordées dans les études.

Les communications de base sur ce point sont apparues particulièrement intéressantes dans la mesure où cette dimension a été soulignée, dans sa nécessité comme dans l'exposé des problèmes pratiques qu'elle pose. Les objections essentielles faites à leur propos sont les suivantes :

- La recherche d'indicateurs opérationnels pose des problèmes. Ainsi, LEGRAND reconnaît que les résultats de leur étude sont à nuancer dans la mesure où la variabilité du milieu, définie comme opposition entre quartiers spontanés et quartiers lotis, est estimée comme indicateur imparfait.
- De même, l'étude de KOFI et SCHULTZ illustre la difficulté et la nécessité de cerner des variables communautaires telles que l'accessibilité aux centres de santé ou les conditions économiques.

Un accent particulier doit être mis sur les déterminants socio-culturels dans l'explication des différentiels de mortalité. Car ceux-ci agissent sur la santé, la reproduction, les pratiques alimentaires. Un consensus se dégage également sur la multidisciplinarité des études à envisager pour l'avenir ; l'expérience scientifique des anthropologues, des épidémiologistes ou encore des spécialistes de l'environnement doit être mise à profit. Il a été noté que cette collaboration indispensable passe par "davantage d'humilité et de confiance réciproque" de la part des démographes notamment, afin de dépasser la simple recherche de corrélats et d'orienter les recherches vers la construction de schémas d'analyse où l'identification des mécanismes par lesquels interviennent les facteurs est primordiale. Les travaux de Mosley sont à ce titre cités comme une référence vers laquelle doivent tendre les recherches.

On a par ailleurs rappelé l'importance des facteurs individuels tels que l'éducation formelle ou informelle, les caractéristiques économiques du ménage, celles des parents, l'impact de la tradition, et d'autres facteurs socioculturels, ou encore l'environnement physique.

## Session 4

### LE SIDA ET LES ENFANTS

Deux communications de base et une communication spontanée ont alimenté les débats de cette session.

*Peter NDOUMBE :*

*AIDS and the survival of children and youths in Africa*

Toute réflexion actuelle sur la démographie de l'Afrique doit prendre en compte l'impact de la pandémie du SIDA sur la population et en particulier sur les enfants et les jeunes. Le SIDA pourrait avoir, à terme, une incidence sur la croissance démographique ainsi que sur la mortalité et la morbidité infantile et juvénile.

Les jeunes en Afrique constituent les cibles de la pandémie du SIDA, soit par contamination directe, soit à travers les conséquences socio-économiques suite à l'infection de parents. De plus, la crise économique qui sévit actuellement dans tout le continent rend les communautés incapables de contenir le poids de ce fléau qu'est le SIDA, qui vient ainsi aggraver une situation déjà déplorable.

Pour réagir efficacement à cette situation, l'Afrique devrait privilégier des approches communautaires visant la modification des coutumes et du comportement des jeunes et susceptibles d'apporter des innovations technologiques appropriées ; ces actions devraient être multisectorielles. Le SIDA étant une dure réalité, tout le monde devrait œuvrer ensemble pour le contenir.

*TETANYE EKOE et Alii :*

*SIDA pédiatrique à Yaoundé : épidémiologie clinique et biologie*

L'émergence des cas de SIDA pédiatrique de plus en plus nombreux dans les centres hospitaliers urbains témoigne de l'accroissement inquiétant du fléau au sein de la population urbaine de Yaoundé.

Au cours d'une étude rétrospective effectuée au sein de l'Unité de pédiatrie de l'Hôpital Central de Yaoundé, portant sur une période de 3 ans (1990-1993), les auteurs ont identifié 14 enfants pour lesquels le diagnostic de SIDA avait été posé et confirmé par les tests biologiques (ELISA + WESTERNBLOT).

Pour chacun des malades a été réalisée une enquête épidémiologique portant sur les facteurs suivants : l'âge de l'enfant, l'âge des parents, leur domicile urbain ou rural, leur ethnie et leurs professions respectives. En outre, les résultats des examens paracliniques pratiqués et réalisés

pour chaque enfant ont été analysés : hémogramme, vitesse de sédimentation, radio du thorax, des ponctions de séreuses et d'organes et prélèvements biopsiques éventuels.

Les résultats montrent une évolution inquiétante du fléau à l'image de ce qui se passe chez les adultes ; ils montrent aussi que l'affection est essentiellement urbaine, qu'elle frappe les enfants jeunes, issus de mères jeunes et sans emploi, les mères célibataires ou dans un mariage polygamique sont par ailleurs les plus concernées.

*Paulette BEAT SONGUE :*  
*Femme, SIDA et enfants*

Cette communication est centrée sur l'examen des facteurs d'exposition au risque du SIDA chez les femmes et les enfants ainsi que les répercussions sociales du fléau sur ces personnes. Le sujet est d'autant plus préoccupant que les femmes sont généralement infectées pendant la période la plus féconde de leur vie, soit entre 20 et 35 ans, et que leur statut social les soumet à des contraintes de tous ordres que le SIDA ne peut qu'exacerber, au préjudice de la société entière. Le fléau exige donc une attention particulière de la part des chercheurs aussi bien que des décideurs et des populations elles-mêmes.

## DISCUSSION

L'unanimité s'est faite quant à l'importance du sujet. Une interrogation majeure subsiste cependant, relative à la validité des statistiques actuellement disponibles. Celles-ci sont du reste assez fragmentaires et n'autorisent ni des généralisations ni des projections. Au plan démographique, l'influence du SIDA dépend du taux de prévalence de la maladie. Cette influence se fait sentir notamment à travers l'évolution de l'espérance de vie à la naissance. Les facteurs qui ont une influence sur la mortalité infantile concernent la transmission verticale de la maladie, c'est-à-dire de la mère à l'enfant. Le rôle de l'allaitement au sein reste un sujet de controverse. On pense actuellement que, pour que le taux d'accroissement naturel devienne négatif, il faut que la prévalence atteigne 50 %.

Les efforts déployés jusqu'à présent pour l'observation du fléau (aspects cliniques, biologiques et épidémiologiques) doivent donc être poursuivis et même renforcés. Un accent particulier doit être mis, dans les recherches futures, sur la détermination de l'impact du SIDA sur l'évolution démographique des pays africains.

## Session 5

### IMPACT DES PROGRAMMES DE SANTE SUR LA MORBIDITE ET LA MORTALITE DES ENFANTS

Deux communications de base et trois spontanées ont alimenté cette session.

*Barthélemy KUATE DEFO :*

*Epidemiology and control of infant and early childhood malaria in Africa : a competing risk analysis*

Cette communication analyse les déterminants de la morbidité et de la mortalité des enfants dues au paludisme et évalue dans quelle mesure ces déterminants constituent aussi des facteurs de risque de la mortalité due à des causes autres que le paludisme.

Deux types de résultats sont mis en exergue. D'abord la prévalence et la gravité du paludisme sont plus élevées au cours de la première année de la vie qu'au cours de la deuxième. Ensuite, la mortalité infantile due au paludisme varie considérablement avec les conditions de vie des ménages, notamment l'habitat, la parité de la mère, les soins et les visites médicales pendant la grossesse, le mode d'allaitement, les antécédents sanitaires de l'enfant et les pratiques immunitaires de la mère. Ces facteurs constituent aussi des déterminants importants de la mortalité due à d'autres causes.

*Fatu YUMKELLA :*

*Impact of health intervention programmes on infant and child mortality and morbidity in Africa. A case Study*

L'impact des programmes de santé sur la morbidité et la mortalité des enfants en Afrique est abordé à partir d'exemples concrets. Il s'agit des cas ci-après :

- le programme des soins de santé primaires au Bénin et en Gambie ;
- le programme élargi de vaccination au Ghana, au Sénégal et en Sierra Leone ;
- le programme de contrôle de la diarrhée au Lesoto et au Malawi ;
- le programme nutritionnel en Tanzanie.

La communication souligne les contraintes liées aux études sur l'évaluation de l'impact des projets, surtout lorsqu'il s'agit de dégager leur effet sur la mortalité. Aussi l'exercice a-t-il été étendu à la morbidité dont les changements ne se répercutent pas nécessairement sur la mortalité,

mais qui constituent néanmoins un élément essentiel d'une évaluation complète de tels programmes.

Dans l'ensemble, les programmes mentionnés ont donné de bons résultats sauf dans le cas de la Gambie où le programme de soins de santé primaires n'a pas eu l'effet escompté. L'action des infirmiers ambulants a eu toutefois un effet positif sur le traitement de certaines maladies bénignes chez les enfants. En tout état de cause, l'étude encourage les pays africains à poursuivre la mise en œuvre des programmes de soins de santé primaires. Elle suggère par ailleurs que les efforts soient faits pour collecter les informations appropriées en vue d'une évaluation permanente de l'efficacité et de l'impact de ces programmes sur la morbidité et la mortalité des enfants. S'agissant du contrôle des maladies transmissibles, il faudrait promouvoir la mise en place des mécanismes pour évaluer le degré de satisfaction des communautés dans le but d'évaluer la réussite ou l'échec des programmes.

*Clément EREGANI :*

*La réduction de la mortalité infantile et juvénile : enjeux et atouts de la politique sanitaire en République Centrafricaine*

La République Centrafricaine a une politique sanitaire dont les objectifs concernent, entre autres, la réduction de la mortalité infantile et de la mortalité maternelle par l'accroissement de l'accès aux soins et la promotion de la vaccination et des soins de santé primaires. Les programmes mis en œuvre dans le cadre de cette politique concernent la vaccination, la santé maternelle et infantile, la planification familiale, le contrôle des maladies diarrhéiques, l'éradication du paludisme, le contrôle des MST et du SIDA.

Les résultats des différents programmes ne sont pas satisfaisants. Leur échec relatif tient, entre autres causes, à leur incohérence et à leur inadaptation au contexte socio-économique ainsi qu'au fait que ces programmes n'ont pas suffisamment pris en compte les principaux facteurs de la morbidité et de la mortalité en RCA.

*Jean-Paul TOTO :*

*Politique de santé au Congo : esquisse de bilan et perspectives*

Des efforts importants ont été déployés, depuis l'époque coloniale, pour lutter contre la mortalité des enfants. Ces efforts ont été renforcés à partir de 1979, après la Déclaration d'Alma Ata, par un programme national de soins de santé primaires et la promotion de la médecine préventive. Ces différentes actions n'ont malheureusement pas abouti à de bons résultats. Cet échec est essentiellement imputable à la faiblesse des moyens financiers alloués à ces programmes par l'Etat ainsi qu'à la

faible adhésion des populations à ceux-ci. Cette adhésion populaire reste, de l'avis de l'auteur, la condition *sine qua non* de la réussite des programmes futurs.

*TETANYE EKOE :*

*L'impact du programme élargi de vaccination sur la mortalité hospitalière de la rougeole au Cameroun*

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 1 115 malades admis à l'Hôpital Central de Yaoundé pendant la période 1982-1990.

L'analyse aboutit aux constatations suivantes :

- le mois de mars est le mois où s'effectue le maximum d'admissions de malades atteints par la rougeole ;
- la mise en œuvre du PEV a conduit à une réduction sensible du nombre des admissions dues à la rougeole au cours de cette période, mais l'âge moyen des enfants admis n'a pas significativement varié ;
- pendant cette période, la cause principale d'admission des enfants était la rougeole.

L'auteur conclut que l'introduction du PEV à l'Hôpital Central de Yaoundé, avec l'hypothèse que les conditions d'admission n'ont pas varié pendant la période 1982-1990, a conduit à la diminution des décès des enfants par rougeole dans cet hôpital.

## DISCUSSION

L'évaluation des programmes de santé mis en œuvre dans les pays africains présente un intérêt indéniable ; c'est une nécessité. Ce qui pose problème, c'est la méthodologie de cette évaluation. La réflexion doit donc être poursuivie pour mettre au point des outils appropriés pour cette évaluation (définition des indicateurs pertinents, collecte des données, etc.).

Face à l'échec des programmes de soins de santé primaires constaté dans la plupart des pays, la stratégie de santé communautaire est une voie à explorer, voire à privilégier désormais.

## Session 6

### PERSPECTIVES POUR LA SANTE DES ENFANTS

Deux communications de base ont été présentées au cours de cette session.

*Pierre CANTRELLE :*

#### *Perspectives pour la santé des enfants en Afrique*

Les causes de décès d'enfants en Afrique sont actuellement relativement bien connues. Il s'agit essentiellement des maladies infectieuses (rougeole, coqueluche, tétanos, méningite, hépatite B, etc.), des diarrhées, du paludisme, des infections respiratoires aiguës et de la malnutrition.

La lutte contre ces maladies connaît des fortunes diverses selon les pays, mais elle reste globalement confrontée aux difficultés d'ordre politique, institutionnel, financier et même sociologique. L'initiative de Bamako lancée en 1987 sous l'égide de l'OMS et de l'UNICEF vise à renforcer la participation des communautés aux actions de développement de la santé. Elle augure d'un avenir meilleur dans ce domaine pourvu que l'adhésion des populations et le soutien attendu des ONG et des structures étatiques soient effectifs. En tout état de cause, il est indispensable pour les gouvernements de suivre l'évolution des niveaux de santé de la population au moyen d'indicateurs fiables et pertinents. D'où la nécessité de mettre en place dans les pays un système de collecte efficient des données sur la santé des populations.

*Gabriel TATI :*

#### *Environnement urbain, pauvreté et santé des enfants en Afrique : problèmes et actions à entreprendre dans les villes*

Parmi les caractéristiques de l'environnement qui ont une incidence négative sur la santé des enfants, il y a : la difficulté d'accès à l'eau potable, la pollution de l'air, la surdensification de l'habitat et l'insuffisance de l'assainissement. Ces éléments ne sont cependant pas suffisamment pris en compte dans les schémas d'analyse de la mortalité infantile et juvénile utilisée jusqu'à présent, du fait que ceux-ci privilégient l'analyse au niveau individuel.

Etant donné le rythme accéléré de la croissance urbaine et les difficultés économiques croissantes des Etats, il est indispensable d'envisager d'ores et déjà des mesures sur les plans à la fois politique, économique et social pour atténuer l'ampleur des problèmes observés, à défaut de les éliminer.

## DISCUSSION

Le consensus s'est dégagé sur deux points essentiels : la nécessité de prendre en compte, dans les études sur la mortalité des enfants, tous les aspects liés à la vie de l'individu, d'une part, et celle de mieux organiser les communautés en vue d'assurer le succès des programmes de santé dont celles-ci sont bénéficiaires, d'autre part.

Les expériences en matière de développement sanitaire d'autres pays constituent une source d'inspiration appréciable pour les pays africains.

## RECOMMANDATIONS

Des discussions menées sur les différents sous-thèmes du séminaire il se dégage une série de recommandations présentées ci-après.

### **Observation de la mortalité infantile et juvénile**

1. Au plan méthodologique, les participants suggèrent que les opérations de collecte futures prennent en compte, le plus possible, les imperfections des opérations passées. Dans ce sens, ils recommandent vivement la suppression de la question sur les naissances et les décès des douze derniers mois dans les prochains recensements et son remplacement par les enquêtes post-censitaires. Il est par ailleurs nécessaire d'adopter des stratégies de collecte qui tiennent compte de la diversité des situations propres à chaque pays et de la complémentarité entre les différentes méthodes de collecte.
2. Les participants recommandent que, dans le cadre du renforcement de l'observation de la mortalité infantile et juvénile, un accent particulier soit mis sur l'adéquation entre les besoins des pays et les problématiques d'observation.
3. Les participants invitent, d'une part, les États africains à un engagement beaucoup plus concret que par le passé à soutenir les efforts d'amélioration de l'état civil, et, d'autre part, les chercheurs à s'intéresser de plus en plus à cette source de données, compte tenu de l'apport potentiel appréciable de celle-ci dans l'étude de la structure et des différentiels de la mortalité.

### **Niveaux, structures et tendances de la mortalité infantile et juvénile**

4. Les participants ont souligné la nécessité d'entreprendre des études pour mieux saisir les tendances récentes de la mortalité infantile dans

le contexte actuel de la crise économique et de l'apparition de l'épidémie de SIDA.

5. Ils ont par ailleurs recommandé que des études soient entreprises pour expliquer la surmortalité infantile et juvénile féminine constatée dans certains pays.

### **Causes de décès et facteurs de la mortalité infantile et juvénile**

6. Pour approfondir les analyses sur les facteurs de la mortalité infantile et juvénile, les participants suggèrent que des comparaisons soient établies sur la structure des décès par sexe et par âge, notamment entre pays et entre couches sociales.
7. Il faudrait encourager les recherches sur les risques compétitifs et la synergie entre maladies, thème encore peu exploré, ainsi que la collaboration avec le corps médical.
8. Les recherches futures sur les différentiels de la mortalité infantile et juvénile devront mettre un accent particulier sur les déterminants socio-économiques, socioculturels de la mortalité ainsi que sur leurs mécanismes d'action. Pour ces aspects, nécessitant une approche multidisciplinaire, les démographes sont encouragés à s'assurer la collaboration des épidémiologistes et des médecins aussi bien que des autres spécialistes des sciences sociales.

### **Le SIDA et les enfants**

9. Reconnaissant l'incertitude qui caractérise les données actuelles sur la prévalence du SIDA au sein de la population, les participants recommandent que les efforts de recherche déployés jusqu'à présent soient renforcés et qu'un accent particulier soit mis sur la détermination de la prévalence du SIDA, notamment par sexe et par âge, en vue de la mesure de l'impact démographique de celui-ci ainsi que sur la détermination des facteurs de risque de transmission de la maladie.

### **Impact des programmes de santé sur la morbidité et la mortalité des enfants**

10. Soulignant la nécessité d'évaluer de façon méthodique les programmes de santé mis en œuvre, les participants recommandent la mise au point d'une méthodologie appropriée de collecte de données permettant de déterminer l'acceptabilité, les coûts et l'efficacité sanitaire des programmes. Cela exige une approche pluridisciplinaire.
11. Vu leur impact sur le recul de la morbidité et de la mortalité des enfants, les programmes élargis de vaccination doivent être poursuivis et renforcés dans les pays.

## Perspectives pour la santé des enfants

12. Face à la crise économique et à la faiblesse des ressources allouées à la santé, les pays africains devront s'inspirer des expériences d'autres pays en développement pour mieux gérer leurs potentialités en matière de santé.
13. Il est indispensable, pour mettre en œuvre des programmes de santé, de prendre en compte et de soutenir les initiatives des communautés concernées, et que les populations soient associées à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de santé.
14. Il est indispensable, compte tenu des résultats des études menées sur les facteurs et déterminants de la mortalité, qu'un accent particulier soit mis sur l'éducation des femmes en général et des mères en particulier, dans le cadre des projets en matière de santé.
15. Reconnaissant les difficultés graves dans lesquelles vivent la plupart des familles africaines, les participants rappellent que la santé des enfants dépend aussi des actions de lutte contre la pauvreté et l'atténuation des inégalités criantes qui existent au sein des populations. La volonté politique d'agir en ce domaine sera déterminante pour la poursuite de la baisse de la mortalité des enfants dans les années à venir.

### MOTION

Les participants au séminaire sur la mortalité infantile et juvénile en Afrique, organisé à Yaoundé du 19 au 23 juillet 1993 par l'IFORD à l'occasion de son XX<sup>e</sup> anniversaire,

- conscients du rôle irremplaçable que joue l'IFORD dans le domaine de la formation et de la recherche démographiques en Afrique,
  - constatant avec satisfaction les résultats importants obtenus par l'Institut au cours de ses 20 premières années d'existence,
  - convaincus de la nécessité de la poursuite et du développement de ses activités,
  - préoccupés par les graves difficultés rencontrées par l'Institut dans son fonctionnement quotidien du fait de l'insuffisance notoire de ses ressources,
- \* **approuve la Direction** de l'IFORD dans ses efforts de gestion toujours plus rigoureuse pour réduire les coûts de fonctionnement et dans son action de diversification des sources de financement,

- \* **note avec satisfaction** le rattachement de l'IFORD à l'université de Yaoundé II,
- \* **exhorte** le Gouvernement camerounais et les Gouvernements des autres pays membres, malgré les difficultés financières du moment, à verser régulièrement à l'IFORD leurs contributions sans lesquelles l'Institut ne peut normalement fonctionner,
- \* **invite** le FNUAP et les autres bailleurs de fonds à poursuivre et amplifier leurs contributions dans cette période difficile que traverse l'Institut.

**L'AFRIQUE A BESOIN DE L'IFORD, L'IFORD A BESOIN DE L'AFRIQUE.**

Fait à Yaoundé, le 23 juillet 1993.

# IMPACT DES PRATIQUES POST-PARTUM SUR LE NIVEAU DE LA FECONDITE AU BENIN : UNE APPLICATION DU MODELE DE BONGAARTS

par RWENGE Mburano(\*)

## Résumé

En Afrique subsaharienne, la variable clé en matière de transition démographique demeure la fécondité. L'abstinence sexuelle post-partum et les longues périodes d'aménorrhée post-partum dues à l'allaitement prolongé font partie dans cette région africaine des composantes immédiates les plus cruciales de la fécondité. Recourant au modèle de Bongaarts, cet article confirme cette relation au Bénin à partir des données issues de l'Enquête mondiale sur la fécondité réalisée dans ce pays en 1982. L'article révèle toutefois qu'en milieu urbain, du fait de la faiblesse de l'influence des us et coutumes sur les individus, d'autres comportements des femmes béninoises ont des effets réducteurs importants sur la fécondité, comportements qui y seraient de plus en plus adoptés par les femmes instruites face aux difficultés croissantes de la crise.

---

(\*) L'auteur est actuellement chercheur à l'IFORD

## INTRODUCTION

L'idée d'espacement des naissances n'est pas nouvelle en Afrique. Elle s'est matérialisée dans certaines régions de cette partie du monde par l'existence des tabous relatifs à l'allaitement et à l'abstinence sexuelle post-partum (SALA-DIAKANDA, 1980 ; SHENMAEKERS R., SHAH J.-H., LESTHAEGHE R. et TAMBASHE O., 1982 ; LOCOH Thérèse, 1981 ; TAMBASHE O., 1984).

L'espacement des naissances tient une place très importante dans la vie de la femme africaine.

*Au Sénégal, on dit de la femme qui est enceinte avant que son enfant ne soit sevré qu'elle fait la "neffe", terme wolof qui implique la malchance. Chez les Havu de l'Est du Zaïre, la femme qui n'espace pas ses enfants est appelé "Kulikisa", la paresseuse, car les grossesses rapprochées l'empêchent d'accomplir ses tâches agricoles; dans cette culture, l'espacement est impératif et fonctionnel; il a pour but de maintenir un équilibre entre deux rôles de la femme en tant que procréatrice et productrice agricole (FERRY B., 1981; cité par SHENMAEKER R., 1988; Etienne et Francine VAN DE WALLE, 1988; cité par SALA-DIAKANDA, DACKAM N. R. et MFOULOU R., 1988).*

Les comportements de la population africaine en matière d'allaitement et d'abstinence sexuelle post-partum, déterminants de l'intervalle entre naissances dans une population à fécondité presque non dirigée, ont conduit une grande partie de chercheurs démographes à montrer leurs avantages et à mettre en évidence leurs corrélats et leurs déterminants socioculturels et socio-économiques.

BONGAARTS J. (1981) apprécia, à l'aide d'un modèle mathématique simple, les incidences de ces comportements post-partum sur la fécondité des femmes africaines<sup>1</sup>. Comme cet auteur et les autres, nous montrons à travers cet article que, quel que soit le milieu d'habitat, les comportements post-partum restent en grande partie, toutes choses restant égales par ailleurs, déterminants de l'intervalle entre naissances chez les Béninoises mariées, et qu'en milieu urbain d'autres variables intermédiaires, moins associées aux us et coutumes, ont quand même des effets réducteurs importants sur la fécondité.

La première partie de cet article est consacrée à une brève présentation du modèle de Bongaarts. Les deux autres parties sont respectivement consacrées à l'examen des comportements des mères béninoises durant la période post-partum et à la mesure de l'impact de ces comportements sur leur fécondité.

1. Voir aussi Tambashe O. (1984), Aldegunda S. Komba et Kamuzora C.L. (1988), etc.

# I. UNE BREVE PRESENTATION DU MODELE DE BONGAARTS

## 1. Définition du modèle

Le modèle de Bongaarts permet de rendre quantitativement compte de l'effet de l'une ou de l'autre variable intermédiaire sur la fécondité. Dans son modèle il fait intervenir 7 variables dont l'incidence sur la fécondité paraît déterminante, à savoir : l'intensité de la nuptialité, la prévalence et l'efficacité de la contraception, la fréquence des avortements provoqués, la durée d'infertilité post-partum, la fréquence des rapports sexuels, l'incidence des pertes fœto-infantiles, l'incidence de la stérilité totale.

*L'observation courante montre, au plan individuel, des différences considérables d'une femme à l'autre. Parmi celles atteintes par la limite d'âge de reproduction (45 ou 50 ans selon les cas), par exemple, certaines ont beaucoup d'enfants et d'autres en ont moins ; les unes ont constitué leur famille à intervalles longs entre naissances, d'autres à petits intervalles ; et cela en raison à la fois de l'hétérogénéité de la fécondabilité individuelle, de la variabilité des espérances de vie conjugale, de l'inégalité des périodes d'infertilité post-partum dictée par les différences de comportement en matière d'allaitement et d'abstinence sexuelle des époux, voire en raison ou dans le but d'en maîtriser le niveau (TAMBASHE O., 1984).*

Au niveau collectif de l'observation, Bongaarts postule que les 7 variables ainsi identifiées ne pèsent pas de la même façon sur la fécondité. Seuls *la nuptialité, la contraception, les pratiques abortives délibérées et le temps mort post-partum* sont plus déterminants.

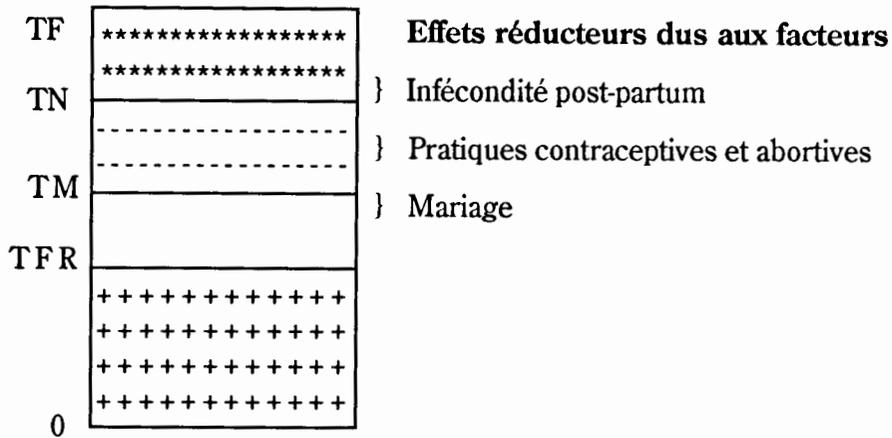
## 2. Principe du modèle

Le modèle de Bongaarts suppose que la fécondité totale ou l'espérance de fécondité (T.F.) est dans la plupart des populations en dessous de son niveau maximum en raison des pertes génésiques résultant des facteurs suivants : temps morts passés en état d'infertilité post-partum, pratiques de contraception et d'avortement et l'importance relative des effectifs n'œuvrant guère au remplacement des générations (Figure 1).

---

(\*) Chercheur à IIFORD

**Figure 1 : Relations entre l'effet réducteur des variables intermédiaires respectives et divers indices de fécondité.**



Si  $C_i$ ,  $C_e$ ,  $C_a$  et  $C_m$  désignent respectivement les indices d'infertilité post-partum, de contraception, d'avortement provoqué et de nuptialité, le rapport entre le taux synthétique de fécondité (TFR) et la descendance potentielle (TF) est donné par :

$$TFR = C_i \times C_c \times C_a \times C_m \times TF$$

Conçus comme le rapport entre deux sommes de naissances réduites fictives (en présence et en l'absence de chacune des composantes immédiates qu'ils expriment), les indices  $C_m$ ,  $C_a$ ,  $C_c$  et  $C_i$  varient de 0 (en cas de réduction totale de la fécondité) à 1 (en cas d'effet réducteur absolument nul du facteur considéré sur la fécondité).

## II. LES COMPORTEMENTS DES MERES BENINOISES DURANT LA PERIODE POST-PARTUM

Comme dans la plupart des pays en développement, en Afrique au sud du Sahara et particulièrement au Bénin, après l'accouchement, l'allaitement maternel est la forme d'alimentation de l'enfant la plus pratiquée. Toute femme traverse après cet instant une période pendant laquelle elle ne peut concevoir, faute d'ovulation. Cette période d'infertilité temporaire appelée aussi "temps mort post-partum" ou "période morte", a deux composantes :

- la première, qui concerne le délai de ré-ovulation, se mesure par le délai de réapparition des règles (aménorrhée post-partum) après une naissance vivante ou non vivante ;

- la deuxième est le délai de rétablissement des rapports sexuels après un accouchement (abstinence sexuelle post-partum) ; cette composante, contrairement à la première qui dépend totalement de la durée d'allaitement maternel (LERIDON, 1977 ; BONGAARTS J. et POTTER R., 1983), est l'expression des normes sociales qui régissent les populations africaines. Elle mérite qu'on lui accorde une attention particulière.

### 1. L'abstinence sexuelle post-partum

Chez les mères béninoises, l'abstinence sexuelle post-partum dure en moyenne plus longtemps que l'aménorrhée post-partum. Ceci s'observe chez elles quels que soient le milieu d'habitat et l'attribut de la femme (RWENGE M., 1994). Ce qui confirme qu'après le post-partum les interdits sexuels en matière d'allaitement sont très respectés chez les mères béninoises. La période moyenne d'abstinence sexuelle post-partum est de 17,5 mois. Elle varie avec l'ethnie, la religion et l'instruction de la femme.

Les durées moyennes d'abstinence sexuelle post-partum les plus grandes se retrouvent dans les ethnies du Nord du Bénin (22 à 24 mois) et chez les Adjas (15,2 à 15,4 mois). Chez les Yorubas-Fons ces durées avoisinent 13,1 mois en milieu urbain et 14,2 mois en milieu rural. La durée d'abstinence sexuelle post-partum est donc associée, chez les Béninoises mariées, aux normes et valeurs culturelles des différentes ethnies : la femme béninoise en union, quel que soit son milieu d'habitat, s'abstient, selon les us et coutumes de son groupe ethnique d'appartenance, des rapports sexuels à partir du post-partum et durant toute la période d'allaitement. Du fait de l'urbanisation, la réduction de la période d'abstinence sexuelle post-partum apparaît plus ou moins dans les ethnies autres que Adjas. La même chose a été observée dans certaines ethnies zaïroises par ROMANIUK (1980), au Togo par LOCOH Th. (1981), au Nigeria par ORUBULOYE (1981) et au Sénégal par SARR I. (1991). Examinant le cas du Zaïre, ROMANIUK (1980) note que *l'urbanisation et l'éducation rendent de plus en plus les gens réceptifs aux idées modernes, ce qui contribue à effriter la dominance de la parenté et érode différentes coutumes de contrainte sexuelle et, qu'en toute vraisemblance, l'abstinence sexuelle post-partum sera abandonnée en premier lieu.*

D'après Retel LAURENTIN la religion musulmane fixe à 40 jours la période obligatoire d'abstinence sexuelle post-partum. Contrairement à ce qui a été observé au Zaïre et en Afrique de l'Est par cet auteur, chez les Béninoises mariées, une musulmane s'abstient plus longtemps des relations sexuelles après le post-partum que les autres. Les grandes variations qu'on observe dans la durée d'abstinence sexuelle post-partum sont dues aux différentes fonctions qui lui sont attribuées. Le tabou de

quarante jours imposé par l'Islam n'a certainement pas pour motivation le recul de l'échéance de la grossesse suivante. D'après les VAN de WALLE, il s'agirait d'une *notion d'impureté de la femme pendant une période suivant la naissance, apparentée à son impureté au moment des règles...* (Cité par SALA-DIAKANDA M., MFOULOU R. et DACKAM N., 1988).

**Tableau 1 : Durées moyennes d'aménorrhée et d'abstinence sexuelle post-partum selon quelques attributs choisis de la Béninoise en union (E.F.B., 1982).**

Attributs choisis	Aménorrhée				Abstinence			
	Urbain		Rural		Urbain		Rural	
	Moyenne	N	Moyenne	N	Moyenne	N	Moyenne	N
0. Toutes femmes	12,4	689	14,6	1867	14,9	643	18,3	1775
<b>1. Ethnie</b>	(*)		(*)		(*)		(*)	
- Adjas	16,6	82	17,2	272	15,2	76	15,4	263
- Yorubas & Fons	10,3	284	11,6	544	13,1	266	14,2	539
- Nord	15,8	95	16,3	255	21,9	91	23,8	253
- Autres	12,1	228	15,3	786	14,1	210	20,0	720
<b>2. Religion</b>	(*)		(*)		(*)		(*)	
- traditionnelle	14,5	211	14,6	963	15,4	204	16,9	928
- chrétienne	10,4	252	12,9	344	13,0	233	16,0	321
- musulmane	13,0	172	15,6	244	17,1	156	21,3	225
- autres religions	11,6	54	15,6	316	15,2	50	22,6	301
<b>3. Instruction</b>	(*)				(*)			
- Sans niveau	13,4	512	14,7	1783	15,8	478	18,3	1695
- Primaire et +	9,3	177	11,7	84	12,3	165	17,2	80

(\*) Durées moyennes significativement différentes au seuil de 5 % (test réalisé à l'aide du module ONEWAY de SPSS)

Combien de femmes pratiquent l'abstinence sexuelle post-partum pour des buts contraceptifs au Bénin ? La réponse à cette question montre que chez les Béninoises mariées, *sur les 47 % de femmes qui pratiquent l'abstinence, 4 % seulement le font dans un but contraceptif. Le chiffre est encore plus bas dans d'autres pays : Côte-d'Ivoire, 2 % ; Ghana, 3 % ; Kenya et Nigeria, 1 %* (SALA-DIAKANDA M., MFOULOU R. et DACKAM N., 1988, p. 6).

## 2. L'allaitement maternel

L'intérêt de l'allaitement maternel au Bénin résulte de la relation établie, quels que soient l'attribut de la Béninoise et son milieu d'habitat, entre l'allaitement intensif et prolongé et les durées d'abstinence sexuelle et d'aménorrhée post-partum. Au Bénin la proportion des mères qui

allaitent leurs enfants au sein est de 98,5 %. Parmi celles-ci 87 % continuent d'allaiter quand l'enfant a un an, et 42 % quand il a deux ans (tableau 2). En Afrique de l'Ouest, c'est au Bénin qu'une forte proportion des mères allaitent encore leur enfant à deux ans. La durée moyenne d'allaitement dans ce pays (21,2 mois) est la plus élevée de la région. Comme le montre le tableau 3, cette durée varie aussi, chez les Béninoises mariées, avec l'ethnie, la religion et l'instruction de la femme.

**Tableau 2 : Proportion des mères qui allaitent leurs enfants au sein et % de mères qui continuent d'allaiter quand l'enfant a un an, deux ans (E.M.F.).**

Pays	%	% à 1 an	% à 2 ans
- Bénin	98,5	87	42
- Côte-d'Ivoire	98,8	83	27
- Sénégal	99,4	94	22
- Guinée	-	80	-
- Niger	-	60	-
- Togo	-	90	-
- Ghana	99,6	78	23

(Source : Sala-Diakanda M., Mfoulou R. et Dackam N., 1988, p. 16)

Les femmes béninoises mariées de souche Adjias et celle du Nord du Bénin (24 à 25 mois) sont celles qui allaitent plus longtemps, en milieu urbain, que celles de souche Yorubas-Fons ou de souche "autres" (16 à 19 mois). En milieu rural, les durées moyennes les plus longues se retrouvent chez les femmes Adjias et celles du Nord (24 à 27 mois). Dans ce milieu la même chose est observée chez les femmes du groupe ethnique "autres". Les femmes béninoises chrétiennes allaitent leurs enfants moins longtemps que les autres (16,9 mois contre 19,2 mois à 21,8 mois en milieu urbain ; 20,3 mois contre 22,1 mois à 26,0 mois en milieu rural). Les différences au niveau du type d'union (18 à 22 mois en milieu urbain et 22 à 24 mois en milieu rural) laissent confirmer ce qui a été observé par d'autres auteurs : la polygamie permet à la mère d'allaiter longtemps au sein son enfant après le post-partum. Du fait de la modernisation, la réduction de la durée d'allaitement est observée surtout chez les femmes des groupes ethniques autres que Adjias et Yorubas-Fons. Dans ces groupes cette réduction s'observe aussi chez les jeunes Béninoises (tableau 4).

Les différences des durées moyennes d'allaitement observées chez les Béninoises mariées selon les modalités de l'ethnie, de la religion et selon le milieu d'habitat peuvent être attribuées aux différences d'alimentation complémentaire de l'enfant, d'alimentation de la mère, de la fréquence des tétées, des facteurs d'environnement physique et socio-économique (IPPF, 1987).

**Tableau 3 : Durées moyennes d'allaitement selon quelques attributs choisis de la Béninoise (E.F.B., 1982).**

Attributs	Urbain		Rural	
	Moyenne	N	Moyenne	N
0. Toutes femmes	19,7	611	22,7	1471
<b>1. Ethnie</b>	(*)		(*)	
- Adjas	24,9	69	24,3	327
- Yorubas & Fons	17,8	252	18,0	429
- Nord	23,8	82	26,6	195
- Autres	18,8	208	24,1	620
<b>2. Instruction</b>	(*)			
- Sans niveau	21,2	445	22,8	1406
- Primaire et +	15,9	165	20,2	65
<b>3. Religion</b>	(*)		(*)	
- traditionnelle	22,0	190	22,1	753
- chrétienne	16,9	227	20,3	288
- musulmane	21,4	148	26,0	189
- autres religions	19,0	46	25,0	241
<b>4. Type d'union</b>	(*)		(*)	
- Monogame	18,3	370	22,2	898
- Polygame	21,9	241	23,5	573

(\*) Durées moyennes significativement différentes au seuil de 5 % (test réalisé à l'aide du module ONEWAY de SPSS).

**Tableau 4 : Durées moyennes d'allaitement chez les Béninoises mariées âgées de 15-29 ans et 30-49 ans révolus à l'enquête selon le milieu d'habitat et quelques attributs choisis de la Béninoise (EFB, 1982).**

Attributs	Urbain		Rural	
	15-29	30-49	15-29	30-49
0. Toutes femmes	19,14 (214)	20,20 (360)	21,61 (621)	23,40 (822)
<b>1. Instruction</b>				
- Sans niveau	20,10 (156)	21,79 (289)	21,71 (584)	23,64 (822)
- Primaire et +	17,09 (074)	14,93 (091)	19,84 (037)	20,57 (028)
<b>2. Type d'union</b>				
- Monogame	17,54 (164)	18,98 (206)	21,43 (398)	22,84 (500)
- Polygame	22,17 (087)	21,76 (154)	21,90 (223)	24,54 (350)
<b>3. Ethnie</b>				
- Adjas	23,67 (030)	25,90 (39)	23,11 (100)	25,20 (127)
- Fons	18,04 (076)	18,33 (134)	16,79 (150)	18,58 (209)
- Yorubas	14,43 (014)	16,32 (028)	19,29 (028)	19,90 (042)
- Nord	20,94 (036)	26,06 (046)	25,93 (087)	27,13 (108)
- Autres	18,62 (095)	18,93 (113)	22,59 (256)	25,16 (364)
<b>4. Religion</b>				
- traditionnelle	21,79 (071)	20,14 (119)	20,72 (299)	23,04 (454)
- chrétienne	17,02 (089)	16,87 (138)	19,42 (132)	21,06 (156)
- musulmane	19,37 (065)	23,02 (083)	25,35 (079)	26,49 (110)
- autres religions	18,65 (026)	19,35 (020)	23,91 (111)	25,75 (130)

S'agissant du facteur socio-économique, faisons remarquer que l'occupation de la femme y joue un plus grand rôle : les Adjas étant agricultrices, en général, leurs enfants ont besoin d'être allaités longtemps, quel que soit le milieu d'habitat, pour suppléer aux carences protéiques des ménages auxquels ils appartiennent (ATTANASSO Odile, 1991). L'accès différentiel aux emplois extra-familiaux chez les femmes béninoises expliquerait aussi l'effet de ce facteur sur la durée d'allaitement.

### **3. Autres comportements des mères béninoises pendant la période post-partum**

*Les pratiques autres que l'abstinence ont été développées en Afrique dans les populations où les relations entre nouvelle grossesse et santé de l'enfant, d'une part, et celle du sperme et de la qualité du lait maternel, d'autre part, étaient considérées comme vérifiées (SALA-DIAKANDA M., DACKAM N. R. et MFOULOU R., 1988, p. 10). Dans le dernier cas, chez les mères béninoises, les relations sexuelles pendant l'allaitement s'accompagnent du "retrait". Cette méthode est surtout représentée chez les Adjas. A part l'abstinence sexuelle post-partum, les mères béninoises recourent faiblement, pendant le post-partum, à d'autres procédés pour retarder la pro-*

chaîne grossesse ; environ 5 % des mères en milieu rural et 7,5 % en milieu urbain ne recourent pas à l'abstinence (RWENGE M., 1994). Parmi ces procédés nous rencontrons l'usage des racines, le retrait, etc., qui sont presque tous des procédés traditionnels. Les procédés modernes (préservatifs, stérilisation, pilule, etc.) ne se rencontrent, quelque peu, que chez les mères béninoises "émancipées". *Il s'agit là surtout des mères instruites, urbaines ou occupées par les activités autres que l'agriculture. Elles sont pour la plupart Yorubas-Fons (Odile ATTANASSO, 1991 ; RWENGE M., 1994).*

### III. LA MESURE DE L'IMPACT DES PRATIQUES POST-PARTUM

Nous nous proposons à présent de déterminer, selon le milieu d'habitat, au moyen des indices synthétiques de BONGAARTS<sup>2</sup> (1978, 1983), le poids relatif des comportements post-partum vécus par les Béninoises sur leur fécondité<sup>3</sup>.

A partir des estimations des indices synthétiques de BONGAARTS, nous allons apprécier ce que seraient, dans la population béninoise étudiée, les effets de la durée du temps d'infertilité post-partum associée à l'abstinence sexuelle des époux. La comparaison des valeurs théoriques de la somme des naissances légitimes réduites aux valeurs observées de cet indice fera l'objet du dernier point de ce paragraphe, et nous permettra de répondre à nos principales préoccupations.

#### 1. Paramètres du modèle et procédures à suivre

L'application du modèle de Bongaarts nécessite quelques données de base à savoir :

- $m(a)$ , la distribution relative des femmes actuellement mariées ;
- $\mu$ , le taux de prévalence de la contraception des femmes actuellement mariées ;
- $\lambda$ , l'efficacité moyenne des pratiques contraceptives utilisées ;

---

2. Les détails du modèle de Bongaarts sont dans les articles originaux de l'auteur (L. Bongaarts, 1978 et J. Bongaarts et Robert G. Potter, 1983).

3. Avant l'utilisation du modèle il conviendrait de faire remarquer que c'est bien clair qu'au Bénin les comportements post-partum grèvent le plus, quel que soit le milieu d'habitat, le niveau de la fécondité légitime comme c'est le cas dans la plupart des populations non malthusiennes. L'usage de ce modèle à travers cet article a pour objectif surtout de savoir à quel degré ces comportements suffisent pour déterminer le niveau de la fécondité légitime selon le milieu d'habitat de la Béninoise, et si en milieu urbain béninois l'importance d'autres variables intermédiaires, moins associées aux us, coutumes et interdits du milieu socioculturel de la Béninoise, ont, toutes choses égales par ailleurs, des effets négligeables sur le niveau de fécondité légitime dans ce milieu.

- i, la durée (en mois) de la période d'infertilité post-partum, et
- TA, le nombre moyen d'avortements pratiqués par femme<sup>4</sup>.

Dans sa version originale, comme dans nombre d'applications qui en ont été faites, on travaille avec 15,3 comme estimation de T.F. D'autres auteurs, LERIDON (1973) et TAMBASHE OLEKO (1984), ont tenu compte du nombre de mois (ou années) passés (ou passées) en état d'infécondité, pour estimer la valeur de T.F. La détermination de ce temps vécu en état d'infécondité est faite sous l'hypothèse de l'absence des risques de mortalité et de dissolution d'union.

La proportion des femmes sans enfant chez les Béninoises mariées (résultats non repris ici) montrant dans l'ensemble, quel que soit le milieu d'habitat, le niveau relativement faible de l'infécondité au Bénin, nous travaillerons avec 15,3 comme valeur de T.F. en milieux urbain et rural<sup>5</sup>.

Nous allons donc :

- estimer les indices de Bongaarts autres que C(m) et T.F. ;
- déterminer les valeurs théoriques de la somme des naissances légitimes réduites de quelques sous-groupes respectifs ;
- comparer ces valeurs théoriques aux valeurs empiriques de cet indice, et
- expliquer les écarts, importants, entre les valeurs théoriques et les valeurs empiriques de cet indice.

## **2. Estimations de différents indices synthétiques de Bongaarts :**

### **2.1 - Infertilité post-partum**

#### **2.1.1 - Indice d'infertilité post-partum : Ci**

- 
4. Nous ne nous intéressons pas dans ce travail aux valeurs de m (a) nécessaires à l'estimation de celles de l'indice C (m). Ceci est dû au fait que nous nous restreignons ici à la mesure de l'impact des pratiques post-partum sur le niveau de la fécondité des unions.
  5. Les comportements procréateurs des mères béninoises étant différents selon le milieu d'habitat, nous sommes d'avis que cette considération est, d'emblée, inacceptable. Nous avons fixé à 15,3 le niveau potentiel de la fécondité quel que soit le milieu d'habitat parce que les niveaux potentiels réels de fécondité dans ces milieux ne se sont pas écartés, significativement, de cette valeur. L'estimation du niveau potentiel de fécondité se fait en faisant le rapport entre le nombre total de mois sur lequel peut compter vivre une mère béninoise en état de fertilité (calculé à partir d'une table de vie fertile) et la durée moyenne de l'intervalle entre naissances en l'absence de lactation et d'abstinence sexuelle post-partum (calculé, approximativement, en faisant la différence entre l'intervalle moyen empirique entre naissances vivantes et la durée d'infertilité post-partum).

L'indice d'infertilité post-partum  $C_i$ , est le quotient de l'intervalle entre naissances vivantes en l'absence d'allaitement au sein et d'interdits sexuels post-partum et la durée de cet intervalle en cas d'allaitement au sein et d'abstinence sexuelle post-partum :

$$C_i = 20 / (18,5 + i) \text{ où}$$

- $i$  est la durée moyenne d'infertilité post-partum résultant de l'allaitement et de l'abstinence sexuelle post-partum. Sa valeur est en mois ;
- la constante 18,5 représente la somme des composantes de l'intervalle génésique autres que la durée d'aménorrhée physiologique et la durée d'abstinence ;
- la constante 20 est l'intervalle moyen entre naissances vivantes en l'absence d'allaitement et d'abstinence.

Dans le cas présent le numérateur de la relation précédente s'obtient en faisant la différence entre l'intervalle moyen empirique entre naissances vivantes et la durée d'abstinence sexuelle post-partum. L'intervalle moyen empirique entre naissances vivantes, chez les Béninoises mariées, étant approximativement égal à 37,8 mois en milieu rural et 40,2 mois en milieu urbain, l'intervalle moyen entre naissances vivantes en l'absence d'allaitement et d'interdits sexuels post-partum vaut 19,5 mois (37,8 mois-18,3 mois) en milieu rural et 25,3 mois (40,2 mois-14,9) en milieu urbain<sup>6</sup>. Il vient :

$$C_i = 19,5 / (18,5 + i) \text{ en milieu rural et,}$$

$$C_i = 25,3 / (18,5 + i) \text{ en milieu urbain.}$$

### **2.1.2 - Effets des périodes d'infertilité post-partum**

Le tableau 5 présente, selon le milieu d'habitat et selon quelques attributs choisis de la femme béninoise en union, le délai moyen d'extinction de la période morte ( $i$ ) et l'indice  $C_i$  correspondant. Le complément à un de  $C_i$  ( $1-C_i$ ) indique la grandeur de la réduction de la fécondité des Béninoises sous l'effet des interdits sexuels post-partum.

6. L'intervalle moyen empirique entre naissances a été calculé à partir des derniers intervalles fermés entre naissances. C'est donc ici la moyenne de tous les derniers intervalles fermés entre naissances saisis à l'EFB chez les Béninoises en union. En se limitant au sud du Bénin, Odile Attanasso (1991) a obtenu 37,9 mois en milieu rural, 41,7 mois dans les petites villes et 37,0 mois dans les grandes villes. Dans l'ensemble du Bénin, la valeur moyenne de cet intervalle est de 37 mois (République du Bénin, 1982, p. 91).

Comme Tambashe O. (1984, p. 108) et d'autres auteurs, chacune de ces moyennes sera prise la même pour l'ensemble des sous-groupes de la sous-population concernée (urbaine ou rurale).

Les résultats de ce tableau montrent qu'en milieu rural l'espérance de fécondité se situe, au Bénin, à 47 % en dessous du niveau auquel on s'attendrait si, n'allaitant point, aucune femme n'aurait respecté par ailleurs les interdits post-partum.

*Tableau 5 : Indice d'infertilité post-partum selon quelques attributs choisis de la femme et selon le milieu d'habitat.*

Attributs	Urbain			Rural		
	i	Ci	1-Ci	i	Ci	1-Ci
0. Toutes femmes	14,9	0,7575	0,2425	18,3	0,5300	0,4700
<b>1. Ethnie</b>						
- Adjas	15,2	0,7507	0,2493	15,4	0,5752	0,4248
- Yorubas et Fons	13,1	0,8006	0,1994	14,2	0,5963	0,4037
- Nord	21,9	0,6262	0,3738	23,8	0,4610	0,5390
- Autres	14,1	0,7761	0,2239	20,3	0,5026	0,4974
<b>2. Instruction</b>						
- Sans niveau	15,8	0,7376	0,2624	18,3	0,5299	0,4701
- Primaire et +	12,3	0,8214	0,1786	17,2	0,5462	0,4538
<b>3. Religion</b>						
- traditionnelle	15,4	0,7463	0,2537	16,9	0,5508	0,4492
- chrétienne	13,0	0,8032	0,1968	16,0	0,5652	0,4348
- musulmane	17,1	0,7107	0,2893	21,3	0,4900	0,5100
- autres religions	15,2	0,7507	0,2493	22,6	0,4745	0,5255

En milieu urbain elle se situe à 24 % en dessous du niveau potentiel de la fécondité des Béninoises mariées. Les différences des pertes génésiques (1-Ci) s'observent, quel que soit le milieu d'habitat, au niveau de l'ethnie, de la religion et du niveau d'instruction. Ceci corrobore une fois de plus les associations fortes observées au chapitre précédent entre ces variables et la durée d'abstinence sexuelle post-partum : les pertes génésiques (1-Ci) les plus importantes dues aux interdits sexuels post-partum sont liées au fait pour la femme d'habiter en milieu rural, d'être du Nord du Bénin, d'être musulmane et d'être sans instruction. Des différences importantes des pertes génésiques s'observent en milieu urbain dans les ethnies du Sud du Bénin (Adjas, Yorubas-Fons). Du fait des interdits sexuels post-partum, une femme Adja perdrait dans ce milieu entre 1,25 fois plus d'enfants que son congénère Yoruba-Fon. En milieu rural, ces différences sont de l'ordre de 2 % et peuvent être considérées négligeables.

## 2.2 Usage de la contraception

### 2.2.1 Indice de la contraception : Cc

Afin d'apprécier quantitativement l'incidence des pratiques contraceptives sur le niveau potentiel de fécondité, BONGAARTS formule une relation plus simple qui a le mérite, comparativement à la technique de POTTER (1966), de se fonder sur une population non pas d'acceptantes mais d'utilisatrices :

$$C_c = 1 - \mu * 1,08 * \xi \text{ où}$$

- Cc est l'indice de contraception ;
- $\mu$  est la proportion, parmi les femmes actuellement en union, de celles utilisatrices de la contraception ;
- 1,08 est le facteur correctif de stérilité<sup>7</sup> ;
- $\xi$  est l'efficacité moyenne des méthodes contraceptives utilisées.

Il apparaît de cette expression que Cc vaut 1 si aucune des femmes exposées n'est utilisatrice de contraception, ou au contraire 0 si toutes les femmes mariées d'âge reproductif en étaient coutumières.

Puisqu'il convient de tenir compte de la différence d'efficacité contraceptive supposée entre les méthodes dites efficaces (méthodes modernes) et les méthodes non efficaces (méthodes traditionnelles), l'indice de contraception Cc devient :

$$C_c = 1 - 1,08 (\mu_m \xi_m + \mu_t \xi_t) \text{ où}$$

- $\mu_m$  désigne la proportion, parmi les femmes actuellement en union, de celles utilisatrices de la contraception moderne ;
- $\mu_t$  désigne la proportion, parmi les femmes actuellement en union, de celles utilisatrices de la contraception traditionnelle ;
- $\xi_m$ , efficacité moyenne des méthodes contraceptives modernes ;
- $\xi_t$ , efficacité moyenne des méthodes contraceptives traditionnelles.

Pour estimer  $\xi_m$  nous nous référons aux estimations de BONGAARTS et POTTER (1983) au Sri Lanka et celles de TAMBASHE O. (1984) à Kinshasa

---

7. Bongaarts a estimé ce facteur de stérilité en utilisant la relation  $s = \text{somme sur } a \{ F_n(a) / f(a) \} / \text{somme sur } a [F_n(a)]$  où  $F_n(a)$  est la série des taux de fécondité naturelle par âge et  $f(a)$  est la distribution des proportions de femmes non stériles. A défaut d'estimer  $F_n(a)$  à l'aide de nos données, nous avons fixé aussi ce terme correctif de stérilité à 1,08. Pour plus d'éclaircissement à ce sujet voir J. Bongaarts et R. Potter (1983, p. 101).

(Zaïre), pour la pilule (90 %), le DIU (95 %), la stérilisation (100 %) et les autres méthodes modernes (70 %). Nous poserons ici  $\xi$  égale à 50 % dans le cas des procédés contraceptifs traditionnels, comme MOSLEY W.M. (1978) et TAMBASHE O. (1984)<sup>8</sup>. Ainsi,

$$C_c = 1 - 1,08 (\mu_m \xi_m - \mu_t 0,5).$$

### 2.2.2 Effet de la contraception

Pour estimer l'effet de la contraception ( $C_c$ ), nous avons posé que l'efficacité moyenne des méthodes contraceptives traditionnelles ( $\xi$ ) vaut 50 % et le facteur correctif de stérilité ( $s$ ) égal à 1,08. De ces valeurs hypothétiques accordées à  $\xi$  et à  $s$  nous sommes arrivés à estimer  $\mu_m$ ,  $\mu_t$ , et  $C_c$  dont les valeurs sont données selon les antécédents choisis de l'échantillon au tableau 6. Il en ressort que la Béninoise en union verra sa progéniture réduite, du fait de son comportement contraceptif, de 5,11 % en moyenne en milieu rural et de 7,93 % en moyenne en milieu urbain. Quel que soit le milieu d'habitat, les méthodes traditionnelles de régulation des naissances sont les plus utilisées par les Béninoises<sup>9</sup>.

Les différentes valeurs de  $C_c$  calculées selon les modalités de l'ethnie, de la religion et du niveau d'instruction s'inscrivent dans la fourchette (0,8 - 1,0) établie pour cet indice par BONGAARTS J. dans le contexte des populations à fécondité élevée (somme des naissances réduites  $> =6$ )<sup>10</sup>.

---

8. Rappelons que les méthodes contraceptives modernes considérées ici sont : le stérilet, la pilule, le préservatif et les autres méthodes scientifiques. Les méthodes traditionnelles sont, par contre, le coït interrompu, la douche, la continence périodique, les écorces et les autres.

La fécondabilité étant difficilement mesurable, les mesures d'efficacité des procédés contraceptifs posent souvent de sérieux problèmes. Nous nous sommes référés aux efficacités moyennes de différentes méthodes contraceptives proposées par ces auteurs dans les pays en développement, faute des données utiles à leurs calculs. Dans le cas contraire, l'indice de Pearl (...) cité par Roland Pressat (1973, pp. 208-210) serait utilisé. C'est le rapport du nombre de grossesses observées au nombre d'années d'exposition au risque. Il est calculé sur le groupe dont on mesure l'efficacité des pratiques contraceptives.

9. Voir comparaison de  $\mu_m$  et  $\mu_t$  en milieux urbain et rural dans le tableau 6.

10. Voir Bongaarts J. et Potter R., 1983, pp. 87-88.

**Tableau 6 : Prévalence relative ( $\mu m$ ,  $\mu t$ ) et indice de contraception (Cc) selon quelques attributs choisis de la Béninoise (Femmes en union, E.F.B. 1982).**

Attributs	Urbain				Rural			
	$\mu m$	$\mu t$	Cc	1-Cc	$\mu m$	$\mu t$	Cc	1-Cc
0. Toutes femmes	2,63	10,17	0,9207	0,0793	0,20	9,19	0,9489	0,0511
<b>1. Instruction</b>								
- Sans niveau	1,70	9,22	0,9341	0,0659	0,00	9,43	0,9491	0,0509
- Primaire et +	8,92	6,96	0,8776	0,1224	3,45	3,45	0,9496	0,0514
<b>2. Ethnie</b>								
- Adjas	0,00	24,19	0,8694	0,1306	(.)	36,28	0,8041	0,1959
- Yorubas et Fons	4,25	11,32	0,9044	0,0955	0,46	1,38	0,9999	0,0001
- Nord	3,64	5,45	0,9725	0,0275	(.)	(.)	1	0
- Autres	2,00	7,00	0,9410	0,0590	0,14	7,69	0,9574	0,0426
<b>3. Religion</b>								
- traditionnelle	1,10	13,74	0,9153	0,0847	0,24	13,05	0,9272	0,0728
- chrétienne	5,61	7,48	0,9039	0,0961	0,32	3,47	0,9782	0,0218
- musulmane	4,51	3,01	0,9400	0,0600	0,00	4,03	0,9782	0,0218
- autres religions	2,63	15,79	0,8977	0,1023	0,00	5,16	0,9721	0,0279

(.) Contraceptifs modernes ou traditionnels non utilisés.

### 2.3 Effets conjugués et estimation des valeurs théoriques de la somme des naissances légitimes réduites

En nous référant à la figure 3, nous observons que la conjugaison des effets des comportements post-partum et contraceptifs sur le niveau potentiel de la fécondité (sous l'hypothèse que le taux d'avortement, quel que soit le milieu d'habitat, est dans tous les cas nul)<sup>11</sup>. fait passer la valeur de T.F. (espérance de fécondité) à celle de TM (la somme des naissances légitimes réduites)<sup>12</sup>. La quantité ( $C_i * C_c$ ) qui est le produit de l'indice d'infertilité post-partum et de l'indice de contraception, traduit la conjugaison de ces deux effets. Ainsi,

$$TM = TF * C_i * C_c$$

$$TM = 15,3 * C_i * C_c \text{ en milieux urbain et rural.}$$

Le tableau 7 donne, selon le milieu d'habitat et quelques attributs choisis de la femme béninoise, les valeurs de ( $C_i * C_c$ ). Sous l'effet combiné d'abstinence sexuelle post-partum et de la contraception, elle verrait

11. L'effet d'avortement Ca se calcule à l'aide de la relation suivante :  $Ca = TFR / [TFR + 0,4 (1 + \mu) * TA]$  où TA désigne le taux d'avortement. Si TA = 0, la valeur de CA vaut 1.

12. Les valeurs observées de TM seront notées TM \*. C'est la somme des naissances légitimes réduites obtenues à partir des taux de fécondité légitime aux différents groupes d'âges issus des données de l'EFB sur les naissances de cinq années précédant l'enquête.

sa fécondité potentielle plus réduite en milieu rural qu'en milieu urbain (la grandeur de la réduction se trouverait dans la fourchette 0.45 - 0.60 en milieu rural contre 0.35 - 0.45 en milieu urbain).

En milieu urbain, sous l'effet de la contraception et de l'abstinence sexuelle post-partum, c'est la femme de souche Adja ou du Nord (36 % ou 41 %), musulmane (34 %), non scolarisée (31 %) et habitant en milieu rural au moment de l'enquête qui réduirait le plus sa fécondité potentielle.

**Tableau 7 : Indice de contraception (Cc), indice d'infertilité post-partum (Ci), effets conjugués (Ci\*Cc) et estimation de la somme des naissances légitimes réduites (TM).**

Antécédents choisis de l'échantillon	Milieu d'habitat							
	Urbain				Rural			
	Ci	Cc	Ci*Cc	TM	Ci	Cc	Ci*Cc	TM
0. Toutes femmes	0,7575	0,9207	0,6974	10,7	0,5300	0,9489	0,5029	7,7
<b>1. Instruction</b>								
- Sans niveau	0,7376	0,9391	0,6927	10,6	0,5299	0,9491	0,5029	7,6
- Primaire et +	0,8188	0,8776	0,7186	11,0	0,5462	0,9486	0,5181	7,9
<b>2. Ethnie</b>								
- Adjas	0,7398	0,8694	0,6432	9,8	0,5632	0,8041	0,4569	7,0
- Yorubas et Fons	0,8006	0,9044	0,7241	11,8	0,5963	0,9999	0,5962	9,1
- Nord	0,6082	0,9725	0,5915	9,1	0,4343	1	0,4343	6,6
- Autres	0,7690	0,9410	0,7029	10,7	0,4851	0,9574	0,4644	7,1
<b>3. Religion</b>								
- traditionnelle	0,7463	0,9153	0,6831	10,5	0,5508	0,9272	0,5107	7,8
- chrétienne	0,8057	0,9039	0,7283	11,1	0,5652	0,9782	0,5529	8,4
- musulmane	0,7127	0,9400	0,6568	10,1	0,4900	0,9782	0,4793	7,3
- autres religions	0,7507	0,8977	0,6739	10,3	0,4745	0,9721	0,4613	7,1

## 2.4 Brève comparaison des valeurs TM aux TM\*

Le tableau 8 donne, selon le milieu d'habitat et quelques attributs choisis de la Béninoise, les valeurs de la somme des naissances légitimes réduites estimées à partir du modèle de Bongaarts (TM) et les valeurs réelles de cette somme (TM\*). Dans ce tableau (^) met, dans une certaine mesure, en exergue la grandeur de l'écart entre (TM) et (TM\*).

De l'examen des valeurs de (^), il ressort, qu'en milieu rural les écarts entre les valeurs obtenues de (TM) et (TM\*) sont plus réduites qu'en milieu urbain. Ceci nous conduit à affirmer que le modèle de Bongaarts utilisé s'adapte mieux à la mesure de la fécondité des femmes béninoises rurales. Ainsi, les pratiques contraceptives étant négligeables dans ce milieu, la connaissance des comportements post-partum des

femmes en union suffirait, toutes choses restant égales par ailleurs, pour déterminer à 90 % environ leur niveau de fécondité. Le décalage important observé en milieu urbain entre les valeurs de (TM) et (TM\*), montrant que le modèle de Bongaarts utilisé s'adapte moins aux femmes urbaines, provient des hypothèses émises lors de l'utilisation de ce modèle.

En effet, dans le modèle de Bongaarts *les effets des ruptures d'unions, d'avortements provoqués, des pertes fœto-infantiles, de la période d'infertilité que vit la femme (utile à l'estimation de TF) et de la stérilité sur le niveau de fécondité ont été supposés négligeables et pourtant ils n'auraient pas d'effets réducteurs absolument nuls. Ces hypothèses semblent être vérifiées dans l'ensemble en milieu rural où, comme nous venons de le constater, les valeurs théoriques de la somme des naissances légitimes réduites s'écartent faiblement des valeurs réelles.*

Les surestimations les plus importantes, en milieu urbain, sont observées chez les femmes scolarisées, Yorubas, Fons et chrétiennes. L'ordre de surestimation des valeurs de (TM\*) chez elles est de 150 % et plus (contre moins de 140 % chez d'autres).

**Tableau 8 : Comparaison des valeurs théoriques de (TM) aux valeurs empiriques (TM\*) selon quelques attributs choisis de la Béninoise.**

Quelques attributs choisis	Urbain			Rural		
	(TM)	(TM*)	(^)	(TM)	(TM*)	(^)
0. Toutes femmes	10,7	7,3	1,4658	7,7	8,7	0,8851
<b>1. Instruction</b>						
- Sans niveau	10,6	8,5	1,2471	7,6	8,7	0,8736
- Primaire et +	11,0	7,2	1,5278	7,9	8,4	0,9405
<b>2. Ethnie</b>						
- Adjas	9,8	6,5	1,5077	7,0	7,8	0,8974
- Yorubas et Fons	10,8	7,8	1,3846	8,9	8,8	0,0114
- Nord	9,1	9,2	0,9891	6,6	7,2	0,9167
- Autres	10,7	7,1	1,5070	7,1	8,0	0,8875
<b>3. Religion</b>						
- traditionnelle	10,5	7,6	1,3816	7,8	7,6	1,0263
- chrétienne	11,1	7,6	1,4605	8,4	8,5	0,9882
- musulmane	10,1	7,2	1,4028	7,3	8,2	0,8902
- autres religions	10,3	6,9	1,4928	7,1	7,2	0,9861

(^) - (TM) / (TM\*)

## CONCLUSION

Nous nous avons, dans cet article, estimé par le modèle de Bongaarts la mesure, selon le milieu d'habitat, de la réduction de la fécondité potentielle des Béninoises mariées due à leurs comportements post-partum. Il nous est apparu que ces comportements constituent en milieu urbain et rural, l'élément prépondérant maintenant la fécondité des Béninoises en dessous de son niveau potentiel. La contraception a manifesté avoir un effet réducteur très faible à ce niveau.

De la comparaison des valeurs théoriques de la somme des naissances légitimes réduites aux valeurs observées, il nous est finalement apparu que le modèle de Bongaarts utilisé estime avec une précision de 90 % environ le niveau de fécondité légitime en milieu rural. Ceci nous laisserait conclure que les comportements post-partum suffiraient, *ceteris paribus*, pour estimer à 90 % le niveau de la fécondité dans ce milieu. Ce qui nous a semblé être bien autrement en milieu urbain. Dans ce dernier, l'application du modèle exigerait la considération des facteurs supposés, par Bongaarts, avoir des effets réducteurs négligeables sur le niveau de fécondité. Ainsi, pour expliquer la transition de la fécondité à observer en milieu urbain béninois, il faudrait, pour avoir le poids réel des composantes immédiates qui ont contribué le plus à cette transition, s'intéresser non seulement aux comportements post-partum mais aussi aux variables intermédiaires liées plus aux caractéristiques de l'individu qu'aux valeurs ou aux normes socioculturelles du groupe dans lequel il appartient.

Du fait de la crise économique qui sévit actuellement en Afrique subsaharienne, les femmes béninoises urbaines adopteraient de plus en plus des méthodes de régulation de la fécondité pour faire face aux difficultés croissantes de la crise. La grande masse des Béninoises rurales et citadines non instruites continueraient à vivre sous le contrôle des normes et valeurs socioculturelles, éminemment pro-natalistes, des groupes auxquelles elles appartiennent. Il reviendrait à l'Etat béninois, pour maîtriser la fécondité béninoise et afin de réduire la gravité de la crise, de promouvoir, d'une part, la politique visant à intégrer la planification familiale et le développement rural et, d'autre part, à instaurer en milieu urbain une politique efficace de diffusion des contraceptifs, d'information et d'éducation sur la planification familiale. Les groupes de solidarité qui naissent en Afrique dans la plupart des villes seraient des points cibles à cerner pour augmenter l'efficacité de cette politique.

## BIBLIOGRAPHIE

- Aldegunda S. et Kamuzora C. (1988)** : "Fertility reduction due to non marriage and lactation : a case study of Kibaha district, Tanzania", In *Congrès africain de population*, Dakar, 1988, pp. 2.1.53-2.1.66.
- Attanasso O.** : "Une approche ethnique des différentiels de fécondité dans le Sud du Bénin", 1991, Mémoire de DEA, Paris, 90 p.
- Bongaarts J. (1978)** : "A framework for analysing the proximate determinants of fertility". In *Population and development review*, 4 (1), pp. 105-132.
- Bongaarts J. (1980)** : "The fertility inhibiting effects of intermediate variables". Working papers, Center for Policy Studies, New York, 32 p.
- Bongaarts J. (1981)**, : "The impact on fertility of traditional and changing child-spacing practices". In *Hilary J. Page and Ron Lesthaeghe*, New York, pp. 111-132.
- Bongaarts J. and Potter R.G. (1983)** : "Fertility, biology and behaviour", Academic press, New York.
- Caldwell J. and Caldwell P. (1981)** : "The function of child-spacing in traditional societies and the direction of change". In *Hilary J. Page and Ron Lesthaeghe*, New York, 1982, pp. 73-92.
- Caldwell J. and Caldwell P. (1981)** : "Cause and sequence in the reduction of postnatal abstinence in Ibadan City, Nigeria". In *Hilary and J. Page and Ron Lesthaeghe*, New York, pp. 181-199.
- Easterlin R.A. (1974)** : "The effect of modernization on family reproductive behaviour". In *Population debate : dimensions and perspectives papers of the world population conference*, Bucarest, 1974, pp. 263-288.
- Ferry B. (1981)** : "The senegalese surveys". In *Hilary J. Page and Ron Lesthaeghe*, New York, pp. 265-274.
- IPPF (1987)** : "Déclaration sur l'allaitement maternel, la fécondité et la contraception", IPPF, Londres, 5 p.
- Leridon (1973)** : "Aspects biométriques de la fécondité humaine". Travaux de l'INED, *Cahiers* n° 65, PUF, Paris, 184 p.
- Lesthaeghe R. (1984)** : "Fertility and its proximate determinants in sub-Saharan African : the record of the 1960's and 1970's". IPD-working paper 1984-2, Inter-university programme in Demography, Brussels.

**Locoh T. and Adaba G. (1981) :** "Child-spacing in Togo : the southeast Togo Survey (EFSE)". In *Hilary J. Page and Ron Lesthaeghe*, New York, pp. 255-263.

**Olunkunle A. (1988) :** "Religion and reproduction of sub-saharian Africa". In *Congrès africain de population*, Dakar, 1988, vol. 2, pp. 2.2.1-2.2.34.

**Orubuloye I. (1981) :** "Child-spacing among rural Yoruba women : Ekiti and Ibadan division in Nigeria". In *Hilary J. Page and Ron Lesthaeghe*, New-York, pp. 225-236.

**Page H. (1981) :** "Their context, content and some common practical issues". In *Hilary J. Page and Ron Lesthaeghe*, New York, pp. 133-146.

**Potter R. G. (1966) :** "Application of life table techniques to measurements of contraceptive effectiveness". In *Demography*, 3 (2), pp. 294-304.

**République du Bénin (1982) :** Enquête nationale sur la fécondité, 1982. Vol. 1 : Analyse des principaux résultats, Ministère du plan et de la statistique, 16 p.

**Roland Pressat (1973) :** "L'analyse démographique", PUF, Paris, 321 p.

**Romaniuk (1980) :** "Increase in natural fertility during the early stages of modernization : evidence from an african case study, Zaïre. In *Population studies*, vol. 34, n° 2, pp. 292-310.

**Rwenge M. (1994) :** "Déterminants de la fécondité des mariages selon le milieu d'habitat au Bénin. Examen par les variables intermédiaires", *Les Cahiers de l'IFORD*, n° 7, IFORD, Yaoundé, mars 1994, 125 p.

**Saar I. (1991) :** "L'évolution de la fécondité au Sénégal : niveaux et facteurs", Harare, Zimbabwe, 19-22/11/1991.

**Sala Diakanda M. (1980) :** "Approche ethnique des phénomènes démographiques. Le cas du Zaïre". Recherches démographiques, *Cahiers*, n° 4, Louvain-la-Neuve, Belgique, 433 p.

**Sala Diakanda M., Ngondo A. Pitshandenge, Tabutin D. and Vilquin E. (1981) :** "Fertility and child-spacing in western Zaïre". In *Hilary J. Page and Ron Lesthaeghe*, New York, pp. 287-299.

**Sala Diakanda M., Dackam N. R. et Mfoulou R. (1988) :** "Population et santé familiale en Afrique Centrale", IPPF/IFORD, Yaoundé, 150 p.

**Shoenmaekers R., Shah I., Lesthaeghe R. and Tambahe O.**

**(1981)** : "The child-spacing traditions and the post-partum taboo in tropical Africa : anthropological evidence". In *Hilary J. Page and Ron Lesthaeghe*, New York, pp. 25-71.

**Shoenmaekers R. (1981)** : "Les niveaux et les tendances de la fécondité". In Tabutin Dominique (Ed.) *Populations et sociétés en Afrique au sud du Sahara*. Editons l'Harmattan, Paris, 1988, pp. 111-140.

**Tambashe Oleko (1984)** : "Niveaux et corrélats de la fécondité des mariages à Kinshasa. Examen par les variables intermédiaires". Cabay, librairie-éditeur, Louvain-la-Neuve, 364 p.

**Van de Walle E. and Van de Walle F. (1988)** : "Les pratiques traditionnelles et modernes d'espacement ou d'arrêt de la fécondité". In Tabutin Dominique (Ed.) *Populations et sociétés en Afrique au sud du Sahara*. Editions l'Harmattan, Paris 1988, pp. 111-140.

# REGARD ET TEMOIGNAGE SUR L'IFORD : 1986 - 1994

DANIEL M. SALA-DIAKANDA<sup>1</sup>

## INTRODUCTION

### Hasard ou destin ?

Lorsqu'en 1984 je fus commis par la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA) à faire partie de la mission chargée d'évaluer le fonctionnement et les activités de l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD)<sup>2</sup>, j'étais loin d'imaginer que deux ans plus tard je serais appelé à diriger cet Institut. Est-ce le hasard ou le destin ? Membre de l'équipe d'évaluation qui a visité l'IFORD en février 1984, je connaissais presque par cœur la situation de cet Institut au cours de ses onze premières années de fonctionnement telle qu'elle avait été décrite par la mission d'évaluation, en particulier les conclusions et recommandations de celle-ci. Il n'est pas inutile par ailleurs de rappeler ici que Georges TAPINOS et moi-même avons été retenus par la CEA pour présenter le rapport de la mission d'évaluation au Comité consultatif des études et de la recherche de l'IFORD lors de sa réunion d'avril 1984 à Yaoundé. Conscient de l'ampleur de la tâche et donc des défis qui m'attendaient, mais profondément convaincu qu'aucune chose n'arrive "sans que l'Eternel ne l'ait ordonnée", je m'en suis remis à la puissance de Celui-ci pour pouvoir assumer convenablement mes fonctions<sup>3</sup>, en consolidant les acquis et en assurant à l'IFORD plus de rayonnement, non sans avoir, auparavant, dans un moment de faiblesse, décliné l'offre qui m'était faite par mes supérieurs hiérarchiques tellement je redoutais les lourdes responsabilités qu'elle impliquait. Dans la "note finale" du rapport de la mission d'évaluation de 1984 (page 30) on peut lire notamment :

*L'IFORD peut, au terme de ses onze ans de fonctionnement, faire état d'un bilan positif dans le domaine de la formation des démographes. La mission d'évaluation suggère qu'un recentrage des activités de formation soit*

1. Démographe, maître de conférences à l'université de Yaoundé II et directeur de l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD) de janvier 1986 à juin 1994.
2. A la demande du Conseil d'Administration de l'IFORD, réuni les 24 et 25 novembre 1983 à Yaoundé (Cameroun), une mission a été mandatée par la CEA pour évaluer divers aspects de l'Institut. Cette mission, qui a séjourné à Yaoundé du 16 au 22 février 1984, était composée de : Georges TAPINOS (chef de mission, professeur à l'Institut d'Etudes Politiques de Paris), Joseph Alfred GRINBLAT ("Population Affairs Officer", Division de la Population, Nations Unies, New York), Daniel M. Sala-Diakanda (professeur associé et chef du département de Démographie, Université de Kinshasa) et Mme Awa Thiongane (directeur de la Statistique, Sénégal).
3. Qu'on ne se méprenne cependant pas, car la foi chrétienne n'est pas antinomique de la culture de l'effort. Dans son épître aux Thessaloniens, l'Apôtre Paul ne disait-il pas expressément : "Si quelqu'un ne veut pas travailler, qu'il ne mange pas non plus" (2 Thessaloniens 3,10).

*opéré pour tenir compte de l'évolution des besoins et des priorités des pays membres. L'importance accordée à la collecte devrait être balancée désormais par un approfondissement de l'analyse des problèmes de population. L'insertion de l'Institut dans l'environnement scientifique international devrait être favorisé, en particulier par le développement des travaux de recherche et leur diffusion, et par l'organisation de rencontres internationales. La taille réduite de l'organisme et la multiplicité des fonctions de direction a alourdi considérablement les tâches administratives, qui se sont trouvées renforcées par la régionalisation. Le temps nécessaire à la poursuite des contacts avec les pays membres a pesé sur la direction scientifique.*

Ironie du sort, cette conclusion de la mission d'évaluation constituait désormais pour moi, ni plus ni moins, les termes de référence de ma nouvelle mission à l'IFORD ! Durant tout mon séjour à l'Institut, je l'ai gardée présente à l'esprit. Pour moi, le succès serait assuré si j'arrivais à mettre en œuvre ces recommandations dont je partageais du reste la paternité avec les autres membres de la mission d'évaluation ; le contraire, terrible perspective qu'il fallait absolument éviter, conduirait en revanche droit à l'échec !

### **Des débuts difficiles**

Comme dans toute entreprise humaine, les débuts ont été difficiles, non pas tant à cause de l'ampleur des tâches qu'en raison des habitudes de travail acquises pendant les premières années de fonctionnement de l'IFORD. Mais, progressivement et sans provoquer d'inutiles frustrations, je l'espère, les changements voulus ont été apportés à "la maison" avec le concours de tous et de chacun ; je leur en sais gré<sup>4</sup> ! Il n'est pas inutile de signaler que pendant sept ans j'ai travaillé avec l'équipe des enseignants que j'ai trouvés à mon arrivée à l'Institut, alors que d'aucuns étaient d'avis que je devais faire *tabula rasa* pour donner plus de chance de succès à mon action ; il n'en a rien été. Certes, nous cherchions plus à être efficace qu'à plaire à l'entourage ou même à l'extérieur, convaincu que l'IFORD devait rechercher en permanence l'excellence, et son nom constituer dès lors un *label*. Au moment où je quitte l'IFORD, je crois pouvoir humblement dire "mission accomplie".

### **Question d'un label**

De nos jours, tout ou presque tout se vend. Mais la qualité reste un facteur déterminant du succès des produits commercialisés. Cette qualité

4. Je pense notamment ici à tous les collègues avec lesquels j'ai eu à travailler au sein de l'IFORD, mais aussi à toutes les personnes qui ont visité l'Institut dans le cadre des missions d'évaluation des activités de l'Institut, notamment Thérèse Locoh, Francis Gendreau, Mohammed Mazouz et Victor Piché, sans oublier nos collègues de la CEA et du FNUAP et tous ceux qui, par leurs conseils, nous ont aidé dans cette immense tâche. Qu'ils trouvent tous ici l'expression de notre profonde gratitude, car l'œuvre réalisée à l'IFORD est aussi la leur !

est symbolisée par le label. Le principe de base qui a guidé toute notre action au cours de ces huit années à la tête de l'Institut aura donc été la confection d'un "label", d'une "marque IFORD". "L'IFORD doit se vendre", aimions-nous rappeler à nos collègues, et pour cela nous devions, dans nos efforts quotidiens, toujours viser plus haut et loin. L'application de ce principe requiert de la part de l'ensemble du personnel de l'Institut beaucoup d'abnégation et de travail, pour arriver à faire beaucoup et bien avec le peu de moyens disponibles, surtout lorsqu'on sait que la précarité des contributions des Etats membres à l'IFORD a été constatée dès 1984 par la Conférence des ministres de la CEA. Ce principe a été progressivement intériorisé par l'ensemble du personnel de l'IFORD, et les partenaires de l'Institut l'ont accueilli avec satisfaction. Notre succès à ce niveau a été favorisé par le fait que ce que nous exigeons des autres, nous l'exigeons d'abord et avant tout de nous-même et n'hésitions donc pas à prêcher par l'exemple.

Le présent document brosse, à grands traits, notre action à la tête de l'IFORD pendant un peu plus de huit ans, du 6 janvier 1986 au 30 juin 1994. Son ambition est modeste : jeter un regard rétrospectif d'ensemble sur la marche de l'Institut au cours des huit dernières années, et donner un témoignage de quelqu'un qui peut être considéré comme un témoin privilégié de la vie de cette institution qui est un précieux instrument de coopération régionale dans le domaine de la formation et de la recherche sur des questions de population et développement en Afrique.

*Regard et témoignage sur l'IFORD*, ce document ne peut donc manquer de subjectivité ; peut-il du reste en être autrement ? Mais qu'on retienne bien que l'œuvre présentée à grands traits dans ce document n'est pas celle d'un seul homme, quels que soient ses mérites, mais celle d'une équipe de gens, mieux, des membres d'une *famille*, qui ont appris à se connaître et à travailler ensemble avec abnégation et dévouement pour une cause commune, l'essor de l'IFORD. L'exposé porte sur les points essentiels suivants : le principe directeur, l'œuvre, le rayonnement, les difficultés, les problèmes et perspectives.

## IMPRIMER UNE NOUVELLE DYNAMIQUE DE TRAVAIL A L'INSTITUT COMME PRINCIPE DE BASE

### **Renverser la vapeur**

Pendant longtemps, l'IFORD a donné la priorité aux activités de formation afin de combler très rapidement la pénurie de démographes dont souffraient les pays francophones d'Afrique au moment de sa création. En 1986, la plupart de ces pays avaient réussi à améliorer la connaissance

statistique de leurs populations ainsi que le niveau de leur expertise nationale, ce qui leur a permis de s'engager dans la mise en place des politiques et programmes de population. Dès le départ, il nous a donc semblé indispensable d'inverser le rapport entre activités de recherche et activités de formation car celles-ci, pour nécessaires qu'elles soient, n'étaient cependant plus suffisantes pour assurer le rayonnement, et donc la survie de l'IFORD, face à l'évolution rapide des besoins, nombreux et diversifiés, en matière de population et développement en Afrique, mais aussi face aux difficultés que les Etats membres éprouvent de plus en plus pour apporter à l'Institut l'appui financier dont il a besoin. La croissance démographique sans précédent que connaissaient les pays du continent, au regard des performances économiques généralement qualifiées de médiocres, rendait nécessaire la formulation et la mise en œuvre des politiques de population intégrées dans des stratégies de développement. D'un autre point de vue, comparativement à l'Afrique anglophone, la partie francophone du continent manquait cruellement du personnel académique et scientifique hautement qualifié, spécialisé en Sciences de la population et du développement. Dans cette sous-région, en effet, les démographes, professeurs d'université, se comptaient à l'époque au bout des doigts !

Pour continuer à faire œuvre utile donc, l'IFORD devait *se faire violence* afin de s'adapter à la nouvelle donne en matière de population et développement ; à cet effet, la réorientation et la révision de ses programmes de formation et de recherche étaient inéluctables. Ce principe a été toujours énergiquement défendu devant les organes délibérants de l'IFORD. On peut alors se féliciter de la réaction favorable de ceux-ci, qui ont globalement approuvé les propositions de l'Institut dans ce domaine.

S'agissant de la formation, nous ne voulions pas une remise en cause fondamentale de son *orientation professionnelle*, mais l'adapter aux nouveaux besoins et aux nouvelles exigences en matière de population apparus en Afrique, et même dans le monde, à la faveur de la dynamique des contextes économiques et politiques. Il découlait de cette considération la nécessité de redéfinir le contenu des enseignements et les orientations générales de la formation, après une étude exploratoire auprès des Etats membres.

Pour promouvoir la recherche, il faut des moyens considérables en hommes, en équipements et en ressources financières notamment. La mobilisation de ces moyens est souvent facilitée par la disponibilité d'un bon programme de recherche, susceptible d'intéresser les bailleurs de fonds potentiels. Dans le domaine de la recherche, nous semble-t-il, les idées précèdent, voire appellent les moyens et non l'inverse. Il fallait donc s'atteler d'urgence à élaborer des projets de recherche, d'une part, et à

concevoir une stratégie de recherche devant être traduite en programmes de recherche à moyen terme, d'autre part. Le lancement du projet de recherche sur les villes moyennes, en mars 1987, et d'autres projets qui ont suivi, participent de cette logique. La Direction de l'Institut a donc progressivement élaboré un programme de travail pour la période 1990-1994. Il s'agit d'un document de 283 pages, le tout premier du genre jamais élaboré à l'Institut, devant servir de cadre de référence pour les activités, non seulement en matière de formation et de recherche, mais aussi dans le domaine des publications et de la documentation au cours de cette période. Ce programme de recherche tire vers sa fin. Il est donc apparu nécessaire d'entreprendre d'ores et déjà l'élaboration d'un nouveau programme. La réflexion a été engagée dans ce sens par l'ensemble de l'équipe scientifique de l'Institut pour, d'une part, définir de nouveaux axes ou domaines prioritaires de recherche et, d'autre part, en dégager des projets spécifiques de recherche. Compte tenu de l'expérience acquise par l'IFORD et de l'orientation en matière de population et développement dans le monde, quatre axes principaux de recherche ont été retenus :

- population et santé : morbidité et mortalité, santé de la reproduction, maladies sexuellement transmissibles et SIDA ;
- fécondité et famille : reproduction, structures familiales et modes de production ;
- crise, mutations, politiques et programmes de population ;
- population et développement durable : urbanisation et environnement, migrations et intégration régionale, femmes et gestion des ressources, etc.

### **Améliorer l'image de l'Institut**

Pour survivre, une institution de recherche doit se faire connaître, être "visible", et donc faire sa publicité. L'un des moyens les plus efficaces de se faire connaître est la publication et la diffusion des travaux scientifiques de bon niveau. Aux publications on peut ajouter l'organisation de réunions scientifiques et la participation aux réunions organisées par d'autres institutions. Jusqu'en 1986, et singulièrement en ce qui concerne les activités de recherche, l'IFORD n'était pas assez connu, ni au Cameroun, pays siège, ni à l'extérieur du Cameroun. Pourtant les résultats jusque-là atteints par l'IFORD, en matière de formation surtout, méritaient qu'on prît au sérieux ici et ailleurs cet Institut. A titre d'exemple, à notre arrivée à l'IFORD, les résultats des "Enquêtes sur la Mortalité Infantile et Juvénile" (EMIJ), projet de recherche tout à fait inédit et original, n'étaient pas publiés et n'étaient donc pas connus du public, alors que l'exécution

de ces enquêtes est intervenue entre 1978 et 1981 sous la direction et à l'initiative de l'Institut. Pour combler cette grave lacune, nous avons publié six volumes dans la "Série EMIJ" entre 1987 et 1989 avant de décider de clore ce dossier !

Il fallait en effet redynamiser les activités de publications qui souffraient d'une léthargie certaine, notamment en assurant la parution régulière des différentes séries, en veillant à la qualité de leur contenu et en mettant au point une stratégie de diffusion systématique des documents publiés. L'une des premières actions importantes entreprises dans ce cadre fut la mise en place d'un Comité de lecture des publications de l'Institut comportant des personnalités scientifiques de renom ; l'IFORD devait se soumettre à la critique de la communauté scientifique. Il y eut ensuite le lancement d'une nouvelle collection, *Les Cahiers de l'IFORD*, véritable *cheval de bataille*, destinée à faire connaître, sous forme de monographies, les travaux d'une certaine importance réalisés par les enseignants et chercheurs de l'IFORD dans le cadre des activités de l'Institut. Le succès rencontré par cette collection montre que l'initiative en valait la peine. Le problème majeur qui demeure dans ce domaine, auquel la nouvelle Direction de l'IFORD devra s'attaquer, est d'assurer la régularité de parution des différentes séries de l'Institut, au besoin en limitant et le nombre et la fréquence ; mieux vaut peu de publications, mais régulières et de bonne facture.

### **Pas de travail en équipe sans dialogue**

La nouvelle dynamique imprimée aux activités de l'IFORD impliquait, au plan interne, la promotion et le renforcement du dialogue et de la concertation, tant au niveau horizontal que vertical, au sein du personnel de l'IFORD. Aussi, avons-nous adopté comme stratégie l'organisation de réunions de coordination avec toutes les catégories de personnels et avec les étudiants. Sans périodicité préfixée, ces réunions - véritables arbres à palabre dans la pure tradition africaine - se sont tenues chaque fois que les circonstances l'exigeaient, et ont toujours permis de faire adhérer tout le monde à la cause défendue. Au plan externe, il s'est agi de consolider les relations de coopération avec les anciens partenaires de l'IFORD, en commençant par les pays membres, et de conquérir de nouveaux partenaires pour pouvoir élargir l'espace de vie de l'Institut. Le choix de ces nouveaux partenaires participait de la volonté de l'IFORD de diversifier le champ d'action de l'Institut notamment en allant *au-delà de la démographie stricto sensu*, pour embrasser des secteurs jusque-là ignorés à l'IFORD, tels que la méthodologie de la recherche en sciences sociales, l'épidémiologie et la santé des populations.

Nous avons en définitive voulu insuffler un nouvel esprit à la marche de l'Institut, esprit essentiellement fait "d'agressivité scientifique", de

collaboration multiforme, d'abnégation, d'obligation de résultats et, au bout du compte, de recherche de l'excellence. On peut en juger par les performances atteintes par l'IFORD en huit ans, en ayant constamment présent à l'esprit les moyens limités mis à la disposition de celui-ci notamment par ceux-là mêmes qui ont été à la base de sa création, les Etats membres !

## L'ŒUVRE

Sans entrer dans les détails, nous proposons ici quelques repères majeurs qui permettent à l'observateur impartial de se faire une bonne idée des résultats auxquels a pu aboutir la dynamique de travail imprimée à l'IFORD depuis 1986. Pour ce faire, nous passerons en revue les secteurs ci-après : formation, recherche, publications, documentation, réunions scientifiques, équipements, restructuration de l'IFORD.

### **Formation : un cursus plus original alliant le professionnalisme et une bonne préparation à la recherche**

Dans le domaine de la formation, le fait majeur qui mérite d'être souligné ici est la révision des orientations du programme de formation. Rappelons que cette révision nous est apparue comme une nécessité parce que le programme de formation alors en cours à l'Institut ne répondait plus aux nouvelles exigences dans ce domaine. Nous avons déjà fait ce constat lors de la mission d'évaluation mentionnée au début de cet exposé. Certes, quelques améliorations légères avaient déjà été apportées au programme de formation dans le passé. Il s'agissait cette fois-ci de réaliser des changements en profondeur. Les conclusions de la mission d'évaluation du programme de formation, effectuée par Victor PICHE en octobre 1989, nous ont conforté dans cette position ; la Direction de l'IFORD n'a, en conséquence, eu aucun mal à faire adopter par le Comité consultatif des études et de la recherche et par le Conseil d'Administration les recommandations relatives à la révision des programmes d'activités de l'Institut. Nous nous sommes dès lors employé à faire une plus grande place aux aspects explicatifs et interprétatifs jusque-là peu présents dans le cursus. C'est dans cette perspective que de nouveaux cours tels que : *Introduction à l'étude des populations, Transition démographique et Méthodes de recherche en sciences sociales* ont été introduits dans le programme, et que d'autres cours ont été restructurés et leur contenu repensé. Nous avons aussi accordé un peu plus de temps aux travaux individuels de l'étudiant et aux mémoires de fin d'études pour développer ses aptitudes et le préparer à la recherche.

Sur les 300 démographes formés à l'IFORD depuis 1972, 118, soit environ 40 % (sans compter la promotion recrutée en octobre 1993 qui

compte 23 étudiants et 7 stagiaires-chercheurs), ont été formés au cours des huit dernières années et les plus grosses promotions sont celles de 1987-1989 (31 étudiants), 1989-1991 (26 étudiants, et 1991-1993 (31 étudiants) ; par ailleurs, de 4,8 % entre 1972-1986, la proportion d'étudiantes admises à l'IFORD est passée à 24,2 % en 1991-1993, en passant par 4,2 % en 1986-1989 et 15,4 % en 1989-1991.

Notre satisfaction dans le domaine de la formation provient, cependant, moins des améliorations apportées dans le programme ou du nombre de personnes formées que du succès des diplômés de l'IFORD à l'extérieur, notamment en ce qui concerne les études doctorales poursuivies par certains d'entre eux dans des universités européennes et nord-américaines. S'agissant, par exemple, de la formation des formateurs, nous avons entrepris d'augmenter progressivement, dans la limite des moyens disponibles, le nombre de participants au stage d'initiation à la recherche, pour développer les aptitudes à la recherche d'un plus grand nombre de diplômés de l'Institut ; nous encourageons, en outre, par une politique active de recherche de bourses d'études les meilleurs éléments à poursuivre leur formation jusqu'au niveau de doctorat. Les résultats sont là ! Les diplômés de l'IFORD sont aujourd'hui, non seulement plus nombreux, mais aussi plus facilement admis dans ces universités que par le passé, et le nombre d'anciens "Ifordiens" titulaires d'un Doctorat (Ph. D) en démographie - parmi lesquels une femme - s'est considérablement accru ; ce qui témoigne, non seulement de la bonne qualité de la formation dispensée à l'IFORD et de leur préparation à la recherche, mais aussi de la reconnaissance de cette formation par la communauté universitaire internationale. L'IFORD contribue donc désormais très positivement à la formation des formateurs et est, du reste, à l'heure actuelle, le premier bénéficiaire de cette évolution. Sur six enseignants de l'Institut, tous titulaires d'un doctorat, trois sont des anciens "Ifordiens". C'est pour nous un vrai motif de fierté d'autant plus que, dans ce domaine, l'Afrique francophone accuse un retard notoire par rapport à la partie anglophone du continent. Il y a donc là un travail à poursuivre.

Un autre aspect nécessite une attention spéciale en matière de formation : une spécialisation et une professionnalisation accrue des diplômés de l'IFORD pour répondre aux besoins de plus en plus nombreux et diversifiés des Etats sur les questions de population et développement. La réflexion, engagée dans ce sens au sein de l'Institut dans le cadre de la réforme des enseignements à l'université de Yaoundé II, pourrait aboutir à la création de deux filières d'enseignement : une filière universitaire conduisant jusqu'au doctorat et une filière professionnelle aboutissant au DESS. Plusieurs options seraient alors offertes aux étudiants ; elles couvriraient les aspects ci-après : collecte et analyse des données ; gestion et évaluation des programmes de population ; planifica-

tion de la population ; population et santé ; population, environnement et aménagement du territoire ; population, économie et sociétés.

### **Recherche : plus de dynamisme, de cohérence et de pertinence**

Jusqu'en 1986, l'Institut ne disposait pas d'une véritable stratégie de recherche assortie d'un programme d'activités. Certes, des efforts appréciables ont été déployés par la Direction depuis 1976, date de création du Département de la recherche, pour doter l'Institut d'un programme de recherche. C'est dans ce contexte qu'il faut situer les "Enquêtes sur la mortalité infantile et juvénile" (EMIJ) déjà mentionnées. Celles-ci ont joué un rôle appréciable dans la promotion de la recherche sur le continent. Toutes les conditions n'étaient cependant pas réunies pour un déploiement satisfaisant des activités dans ce domaine. S'il est hors de question de méconnaître le rôle important qu'ont joué ces enquêtes dans la promotion de la recherche sur le continent<sup>5</sup>, on peut néanmoins déplorer le retard avec lequel les résultats de ces grandes enquêtes ont été publiés, ce qui a failli entamer, auprès des bailleurs de fonds notamment, la crédibilité de l'IFORD en tant que structure de recherche. Actuellement, l'IFORD dispose d'un programme de recherche dont l'exécution tire vers la fin et un nouveau programme est en préparation pour la période 1995-1999 ; son ambition est de permettre à l'Institut de négocier avec beaucoup plus d'atouts son entrée dans le XXI<sup>e</sup> siècle. L'éclosion des projets de recherche à partir de 1987 est donc une conséquence logique de notre volonté de relancer les activités dans ce domaine, ainsi que de la stratégie adoptée d'élaborer des programmes quinquennaux de recherche. Citons ci-après quelques-uns des projets de recherche terminés ou en cours à l'IFORD :

- Analyse démographique des villes moyennes du Cameroun (1987-1990), financement Fondation Rockefeller ;
- Enquête sociodémographique sur la vie familiale des travailleurs organisés du Cameroun (1989-1990), financement BIT ;
- Enquête sur les connaissances, attitudes, pratiques et croyances (CAPC) relatives à l'infection HIV et au SIDA dans les provinces du Nord-Ouest et du Sud-Ouest du Cameroun (1990-1991), financement GTZ ;
- Identification des communautés à haut risque de bilharziose urinaire en Afrique : Cameroun, Congo, Ethiopie, Malawi, Zaïre, Zambie et Zimbabwe (1989-1992), financement OMS / TDR ;

---

5. Même si les résultats de ces enquêtes "restent encore largement méconnus", il a cependant été établi que celles-ci ont donné lieu à une abondante littérature (103 références répertoriées par François Gubry, 1993), preuve du vif intérêt, nous semble-t-il, qu'elles ont suscité chez les chercheurs.

- Migrations, urbanisation et développement dans les pays de l'UDEAC (1991-1993), financement Coopération française ;
- Enquête sur les migrations de retour au Cameroun (1991-1994), financement Coopération française ;
- Analyse des effets de l'intervalle intergénéral et de l'allaitement sur la mortalité néonatale (1992-1994), financement Fondation Rockefeller ;
- Etude des mesures incitatives pour l'extension des services de planification familiale (1993-1994), financement USAID ;
- Famille élargie et mortalité infantile et maternelle en Afrique (1994), financement USAID ;
- Evaluation de l'utilisation des résultats des recensements de population en Afrique (1993-1995), financement Coopération française ;
- Développement rural et changements en matière de fécondité en Côte-d'Ivoire (1994-1995), financement NIRP.

En plus de ces projets de recherche, il nous faut signaler également un important projet en cours d'exécution dont le but est de permettre à l'IFORD de financer au moins 20 projets de recherche par an, pendant trois ans. Il s'agit, dans le cadre de ce projet, de promouvoir l'intérêt pour la morbidité et les maladies tropicales en Afrique, et de renforcer les capacités des chercheurs africains en sciences sociales et sciences biomédicales en les impliquant dans des recherches appliquées sur ces maladies et, ainsi, de mieux connaître, entre autres choses, la perception que les populations ont des maladies tropicales. Ce projet, appelé *Programme de petites subventions pour la recherche sur les aspects sociaux et économiques des maladies tropicales en Afrique*, a été initié par l'IFORD depuis septembre 1992 avec l'appui financier du "Programme spécial PNUD / Banque mondiale / OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR)" ; il couvre l'ensemble du continent. Il ne fait aucun doute que le problème de la santé des populations est l'un des plus préoccupants en Afrique. Etant donné qu'aucune politique, aucune action efficace ne peut être entreprise sans une connaissance préalable, sans diagnostic précis de la situation à modifier et, pire, sans la participation active des communautés concernées par cette situation, c'est pour contribuer à l'amélioration des politiques et programmes de lutte contre les maladies tropicales en Afrique que l'IFORD a lancé ce projet spécifique.

Signalons, enfin, que le budget régulier de l'Institut ne permettant pas de financer la recherche ou les activités de promotion de la recherche,

à cause notamment de l'insuffisance et, surtout, de la précarité des contributions des Etats, le développement de la recherche a donc été favorisé par l'élaboration de projets pertinents de recherche et la diversification des partenaires de l'IFORD et donc des sources de financement de ses activités. Une voie à poursuivre !

### **Publications : un essor remarquable, des acquis à consolider**

Nous avons fait des publications le moyen privilégié pour faire connaître l'IFORD, ayant constaté que sur le plan de la recherche l'Institut était encore assez mal connu après bientôt quinze ans d'existence. La forme et le contenu des publications ont été révisés pour les rendre plus attractives ; certes, des insuffisances subsistent encore. Un effort permanent est donc nécessaire dans ce domaine pour consolider les acquis. La publication d'un numéro spécial du *Bulletin de Liaison* sur les 15 premières années d'existence de l'IFORD, en juillet 1988, aura fait date. Grâce à ce numéro, l'occasion a été donnée à un large public de connaître les missions, les performances et les problèmes de l'Institut à cette date. Les réactions des lecteurs reçues à l'IFORD étaient pour le moins encourageantes, si bien qu'on a dû procéder à un deuxième tirage de ce numéro. Les anciennes séries ont été restructurées et redynamisées ; il s'agit des séries suivantes : les Annales de l'IFORD, le Bulletin de Liaison de Démographie Africaine, les Enquêtes sur la Mortalité Infantile et Juvénile (EMIJ), les Documents Pédagogiques. Les Actes de Séminaires et Colloques. De nouvelles séries ont été lancées, avec pour objectif de renforcer la diffusion de l'information sur l'apport de l'IFORD dans le développement de la démographie africaine. Il s'agit des séries suivantes : Villes moyennes, Les Cahiers de l'IFORD, les Bibliographies, etc. En outre, au cours de cette période, l'IFORD s'est engagé dans la coédition d'ouvrages importants en collaboration avec des institutions œuvrant dans le domaine de la démographie africaine. Dans ce cadre, les ouvrages ci-après ont été réalisés :

- a) *De l'homme au chiffre. Réflexions sur l'observation démographique en Afrique*. Paris, 1988. Coédité avec le CEPED et l'UIESP ;
- b) *Population et santé familiale en Afrique Centrale*. Londres, 1990. Coédité avec l'IPPF ;
- c) *Mortalité et Société en Afrique au sud du Sahara*. PUF, Paris, 1989. Coédité avec l'INED et l'UIESP (une version anglaise de cet ouvrage a été publiée en 1992, "Oxford University Press").

Au total, le bilan numérique des publications réalisées au cours de cette période se présente comme suit, par série :

- Les Annales de l'IFORD : 8 numéros ;
- Les EMIJ : 6 numéros ;
- Villes moyennes : 3 numéros ;
- Les Cahiers de l'IFORD : 7 ouvrages ;
- Les Documents Pédagogiques : 2 ouvrages ;
- Bulletin de Liaison : 30 numéros ;
- Actes des séminaires et colloques : 1 ouvrage ;
- Bibliographies par pays : 3 documents ;
- IFORD-BIBLIO-INFO : 4 documents ;
- Publications en coédition : 3 ouvrages.

La diffusion de toutes ces publications a connu un grand essor. C'est d'ailleurs le lieu de louer le soutien financier très appréciable du FNUAP et de la Coopération Française aux activités de publication de l'Institut. Pour une large diffusion de ces documents, un fichier des destinataires a été mis au point ; il couvre un très large éventail de chercheurs et d'institutions à travers le monde. Résultat de la course, l'IFORD est mieux connu aujourd'hui qu'il y a 10 ans, grâce notamment à ses publications si on en juge par les multiples correspondances reçues du monde entier pour des échanges documentaires notamment.

### **Documentation : un effort de modernisation à soutenir**

Convaincu qu'une institution comme l'IFORD ne peut pleinement remplir ses missions sans un bon Centre de documentation, nous avons, dès 1987, entrepris de moderniser celui-ci, avec le soutien financier du Centre de Recherches pour le Développement International (CRDI/Canada). Cette modernisation portait notamment sur l'informatisation de la gestion du Centre ainsi que sur le renforcement des acquisitions. A ce jour, le fonds documentaire de l'IFORD est non seulement informatisé en grande partie mais aussi substantiellement enrichi. Nous saluons au passage l'Union Internationale pour l'Etude Scientifique de la Population (UIESP) et le CEPED qui ont mis à notre disposition un grand nombre d'ouvrages spécialisés en sciences de la population et du développement. Il reste cependant à parfaire le fonctionnement de la bibliothèque et à résoudre le problème de l'exiguïté du local. Nous touchons là à un problème qui n'a pu être résolu pendant notre séjour à l'IFORD, car

l'Institut ne dispose toujours pas d'un Siège digne de ce nom ; depuis sa création, en effet, l'IFORD a toujours été logé provisoirement dans des locaux vétustes et inadaptés aux besoins de l'Institut (exiguïté et nombre limité des salles de classe, absence de grandes salles pouvant abriter des conférences et autres séminaires ou recevoir le Centre de documentation et l'équipement micro-informatique, etc.).

### **Equipements : un souci permanent d'efficacité**

Notre action dans ce domaine concerne surtout l'équipement informatique et de reproduction. Il y a 8 ans l'Institut ne disposait que de deux micro-ordinateurs ayant chacun une capacité-mémoire 128 K. Actuellement, le parc de l'IFORD compte une vingtaine de micro-ordinateurs IBM, compatibles et très performants, et 15 imprimantes dont quatre à laser. Comme équipement de reproduction, l'IFORD a acquis au cours de cette période un duplicateur, une machine à relier, 4 photocopieurs, une machine à écrire, un lecteur-reproducteur de micro-fiches. A ces équipements on peut ajouter un Fax et une machine à affranchir le courrier, sans oublier que l'IFORD est désormais affilié au réseau ORSTOM de courrier électronique mieux connu sous le nom de "e-mail." Tous ces équipements ont été acquis quasi exclusivement dans le cadre des activités de l'Institut, en particulier les projets de recherche et le projet sur l'informatisation du Centre de documentation initiés et réalisés par l'IFORD. C'est un souci d'efficacité qui a guidé notre action dans ce domaine, de manière à donner à l'Institut une certaine autonomie matérielle, de permettre aux étudiants, chercheurs et enseignants de se familiariser avec l'outil informatique devenu indispensable de nos jours et aussi de faciliter les communications entre l'Institut et le monde extérieur. L'ère de la communication n'est-elle pas déjà ouverte ? Par ailleurs, une formation ou une recherche en population et développement est aujourd'hui simplement impensable sans l'outil micro-informatique. L'IFORD devait donc, et doit continuer, dans ce domaine-là aussi, se mettre à jour !

### **Restructuration : mission accomplie**

On peut dire actuellement que l'IFORD d'aujourd'hui est un IFORD rénové, même s'il y a certainement encore des améliorations à apporter dans certains secteurs ; l'effort doit être permanent. Cette rénovation porte tant sur les programmes d'activités et les équipements que sur le statut même de l'IFORD. Pour mieux faire face aux défis de l'heure et remplir pleinement ses nouvelles missions, l'IFORD a été restructuré. Il est académiquement rattaché au tissu universitaire du pays hôte depuis le 22 juillet 1992 ; les coûts globaux de fonctionnement ont été considérablement réduits, notamment par la suppression des postes d'experts-ONU et la "compression" de 50 % du personnel d'appui administratif et technique.

Une nouvelle équipe du personnel scientifique a été recrutée en octobre 1992. Une nouvelle politique d'attribution des bourses d'études a été définie, etc. L'élaboration et surtout la mise en œuvre du plan de restructuration de l'IFORD ont exigé de la part de la direction de l'Institut beaucoup de doigté et de persévérance. Nous ne pouvons que nous féliciter de l'aboutissement heureux de ce processus. Ajoutons cependant tout de suite que la gestion de l'Institut exigera de ses responsables, plus que par le passé, à la fois beaucoup d'imagination créatrice, de diplomatie, voire de rigueur et de fermeté. C'est à ce prix que l'Institut pourra assurer son avenir et maintenir sa crédibilité.

### **LE RAYONNEMENT**

Nous pouvons affirmer, sans risque d'être démenti, que l'IFORD est aujourd'hui mieux connu qu'hier et ses partenaires semblent globalement satisfaits des résultats obtenus. Nous en voulons pour preuve le nombre de projets financés par nos partenaires et l'importance croissante de ce financement, comparativement à la période antérieure. Par ailleurs, l'IFORD est de plus en plus sollicité par des organismes internationaux pour contribuer à la réalisation d'un certain nombre d'activités dans le domaine de la population en Afrique. Les services consultatifs ont donc progressivement pris de l'importance au sein de l'IFORD au cours des huit dernières années. Pour continuer à bénéficier de cette confiance renouvelée et donc, tout au moins, maintenir le niveau d'activités atteint, l'IFORD doit, certes, constamment rechercher l'excellence dans toutes ses entreprises, mais l'Institut a aussi besoin que ses Etats membres manifestent leur intérêt en apportant à l'Institut les moyens nécessaires pour son fonctionnement.

### **Soutien inlassable du FNUAP**

Le FNUAP est le principal bailleur de fonds de l'IFORD. En effet, malgré les difficultés financières que rencontre cet organisme depuis quelques années, il est tout à fait significatif de constater que sa subvention à l'IFORD a connu un accroissement notable au cours de cette période en passant de US\$ 676 850 en 1986 à US\$ 924 000 en 1991. Cela montre, nous semble-t-il, la preuve d'une confiance renouvelée pour l'Institut auprès de son principal bailleur. La mise en œuvre effective, à partir de 1992, de la restructuration des instituts régionaux de formation démographique, décidée par la Conférence des ministres de la CEA en 1986, est venu réduire cette subvention sans, cependant, entamer la crédibilité dont jouit l'IFORD auprès du FNUAP. L'avance de fonds exceptionnelle de US\$ 429 600 faite par cette institution à l'IFORD en 1993, pour lui permettre de liquider tous les arriérés des salaires et autres charges sociales et patronales accumulés depuis 1988 du fait de l'insuffisance des

contributions des Etats membres, est la manifestation concrète de l'intérêt constant du FNUAP pour l'IFORD.

### **Aide appréciable de la Coopération Française**

Dès sa création, l'IFORD a établi des relations de coopération avec le Gouvernement de la République française, pour des raisons stratégiques fort évidentes. Inutile, en effet, de rappeler que la France a été impliquée dès le départ à la création de l'IFORD, dont le premier directeur est du reste de nationalité française, que l'IFORD dessert les 25 pays francophones d'Afrique et qu'à ce titre il constitue un bon outil de promotion de la francophonie et de l'espace francophone en Afrique. On notera cependant que cette coopération, qui a été quelque peu timide jusque il y a quelques années, connaît aujourd'hui un essor indéniable. Ce développement a notamment été favorisé par la création du Centre Français sur la Population et le Développement (CEPED) en 1988, devenu depuis lors le partenaire français privilégié de l'Institut.

Parmi les faits majeurs de cette coopération, on peut citer l'attribution à l'IFORD par la France depuis 1991 d'un poste de VSN en plus du poste de Coopérant existant déjà ; la signature, en mai 1993, entre le Ministère français de la coopération et l'IFORD d'une "convention de subvention" d'un montant de FF 1 152 000 au titre d'appui institutionnel et de financement de trois projets de recherche de l'IFORD ; la réalisation conjointe par le CEPED et l'IFORD de plusieurs actions importantes : projets conjoints de recherche, coédition d'ouvrages, signature d'une convention de coopération entre les deux organismes. Sans oublier la convention existant depuis 1978 entre l'IFORD et l'Institut de Démographie de Paris (IDP) de l'université de Paris I, qui a permis aux diplômés de l'IFORD inscrits en année d'initiation à la recherche d'obtenir un Diplôme d'Etudes Approfondies (DEA). On mentionnera comme autres faits majeurs de la coopération France-IFORD la signature, en novembre 1993, d'une convention de coopération entre l'Institut et le Centre d'Etudes et de Recherche sur les Populations Africaines et Asiatiques (CERPAA) de l'université de Paris V. Enfin, nous remercions très sincèrement le CEPED qui a bien voulu donner la parole à l'IFORD dans sa *Chronique* à l'occasion de la célébration des vingt ans de notre institut<sup>6</sup>.

### **Relations accrues avec d'autres partenaires**

L'IFORD a aussi développé, parfois de façon informelle, d'importantes relations de collaboration avec d'autres institutions telles que des universités nord-américaines (Université de Wisconsin-Madison, l'Univer-

---

6. "La Chronique du CEPED", n° 11, d'automne 1993, a été entièrement consacrée à l'IFORD.

sité de Pennsylvanie, l'Université de Montréal) et européenne (Université catholique de Louvain), qui accueillent de plus en plus de diplômés de l'IFORD pour des études doctorales. Parmi les autres partenaires de l'IFORD on peut citer : l'Organisation mondiale de la santé (OMS)<sup>7</sup>, le "Netherlands-Israel Development Research Programme" (NIRP)<sup>8</sup>, l'Union Internationale pour l'Etude Scientifique de la Population (UIESP), l'Union pour l'Etude de la Population Africaine (UEPA), la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF), etc. L'IFORD devra continuer à faire tout ce qui est en son pouvoir pour le renforcement de ces relations qui, de toute évidence, améliorent considérablement - et sont la preuve - de sa visibilité et de sa crédibilité au sein de la communauté scientifique internationale.

### **La part congrue des Etats membres**

L'IFORD a été créé pour desservir les pays francophones d'Afrique. Mais on constate que peu d'entre ceux-ci sollicitent l'Institut dans le cadre de leurs activités en matière de population ; la crise économique aidant, lorsqu'ils le font, ils ne sont généralement pas prêts à financer les services devant être rendus et ce, d'autant plus qu'ils peuvent bénéficier gratuitement des mêmes services auprès des organisations multilatérales d'aide et de coopération, en particulier le système des Nations Unies. Dans la limite des moyens mis à sa disposition, l'IFORD a apporté une contribution appréciable à certains de ces pays soit pour exécuter, soit pour analyser des recensements ou des enquêtes démographiques, soit pour aider à la formulation et/ou à l'évaluation de projets en matière de population. De tels services consultatifs ont notamment été rendus aux pays ci-après, à leur demande : le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, le Centrafrique, les Comores, le Congo, la Côte d'Ivoire, Djibouti, le Gabon, la Guinée Equatoriale et le Rwanda. Nous estimons que les capacités de l'IFORD ne sont pas suffisamment exploitées par les Etats au regard de leurs besoins dans ce domaine ; un effort continu doit être fait pour amener les pays africains à mieux utiliser les capacités et l'expertise disponibles à l'IFORD. Dans sa résolution 569 (XXI), du 19 avril 1986, la Conférence des ministres de la CEA avait d'ailleurs "instamment prié les Etats membres et les organisations africaines d'utiliser pleinement les services techniques et consultatifs offerts par les institutions régionales et sous-

---

7. Depuis 1989, par exemple, l'OMS a versé à l'IFORD au total US\$ 784 000 pour des activités de recherche (Projet SCHISTO) ou de promotion de la recherche (Programme de petites subventions).

8. En avril 1994, l'IFORD a signé avec le NIRP, le Département de démographie de "The Hebrew University of Jerusalem" et le "Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute" (NIDI) une convention de collaboration d'une durée de 3 ans pour la réalisation d'un projet de recherche sur "Rural Development and Fertility Changes in Côte d'Ivoire". La première phase de ce projet, dont le coût est estimé à US\$ 50 000, durera un an.

régionales africaines". Il faut espérer que l'appel finira par être entendu ! Signalons, en ce qui nous concerne, que l'IFORD a déjà démontré qu'il est très compétitif en matière des services consultatifs face notamment à la grande majorité des bureaux d'études étrangers auxquels recourent souvent les pays africains, au détriment des compétences et des structures locales qui ne demandent qu'à être valorisées en les mettant à l'épreuve !

### QUE CONCLURE ?

"A vaincre sans périls, on triomphe sans gloire", dit l'adage. Ceux qui m'étaient proches en octobre 1985, lorsque l'offre m'était faite de présider à la destinée de l'IFORD, le savent : c'est avec beaucoup d'appréhensions que j'avais accepté la direction de cet Institut. Il n'était un secret pour personne que l'image de l'IFORD et sa situation réelle à ce moment-là étaient très peu attractives et que les difficultés, en cours de route, seraient nombreuses ; les épreuves aussi. On peut donc aisément comprendre que notre action n'ait pas totalement réussi. D'ailleurs, une entreprise humaine n'est-elle pas, par nature, perfectible ? Nous croyons, malgré tout, qu'au moment où nous passons le flambeau l'IFORD se présente nettement mieux que quand nous avons accepté la lourde responsabilité d'en diriger la destinée ; à notre successeur de porter plus haut encore le flambeau que nous lui avons légué. Qu'il nous soit donc permis de manifester notre satisfaction d'avoir apporté à l'IFORD des changements irréversibles, aussi minimes soient-ils, avec le concours de plusieurs acteurs dont le mérite et le courage doivent être une fois de plus soulignés. Les collègues qui restent et tous ceux qui viendront travailler à l'IFORD, je les exhorte à privilégier la culture de l'amour et de l'effort, véritable clef de succès et garante d'un humanisme à toute épreuve.

Enfin, l'IFORD ne pouvant être mieux apprécié qu'en ayant à l'esprit l'environnement socio-économique et politique africain peu enviable dans lequel il évolue, notre plus grande insatisfaction concerne le faible soutien des Etats africains à leur Institut qu'ils ont eux-mêmes créé ! Qu'ils sachent qu'ils ont besoin de cet institut, et que l'IFORD a et aura toujours besoin de leur soutien. L'avenir de celui-ci, en tant que centre régional d'excellence en matière de formation et de recherche sur les questions de population et développement en Afrique, en dépend. La Conférence des ministres de la CEA l'a d'ailleurs expressément reconnu en 1988 dans sa résolution 625 (XXIII) sur les instituts africains de formation démographique, lorsqu'elle "exhorte les gouvernements africains à continuer à soutenir les instituts et à renforcer cet appui en libérant leurs arriérés et en payant régulièrement leurs futures contributions annuelles, pleinement convaincue que la restructuration du RIPS et de l'IFORD, telle que demandée par sa résolution 577 (XXI) d'avril 1986, est impossible si les

Etats membres ne versent pas leurs contributions". Les pays africains sont donc bien conscients que l'IFORD n'a d'avenir, en tant que centre régional, que s'il bénéficie du soutien qu'il est en droit d'attendre d'eux. Que cette exhortation ne reste donc pas lettre morte d'autant plus que, comme l'ont si bien dit les participants au séminaire organisé par l'IFORD à Yaoundé en juillet 1993, à l'occasion de son 28<sup>e</sup> anniversaire : "L'Afrique a besoin de l'IFORD ; l'IFORD a besoin de l'Afrique"<sup>9</sup>.

---

9. Nous reproduisons, en annexe, la motion adoptée par les participants à ce séminaire.

## Annexe 1

### SEMINAIRE INTERNATIONAL SUR LA MORTALITE INFANTILE ET JUVENILE EN AFRIQUE BILAN DES RECHERCHES ET POLITIQUES DE SANTE

Organisé à l'occasion du 20<sup>e</sup> Anniversaire de l'IFORD  
Palais des Congrès, Yaoundé, 19-23 juillet 1993

#### MOTION

Les participants au Séminaire sur la Mortalité Infantile et Juvénile en Afrique, organisé à Yaoundé du 19 au 23 juillet 1993 par l'IFORD, à l'occasion de son XX<sup>e</sup> anniversaire,

*conscients* du rôle irremplaçable que joue l'IFORD dans le domaine de la formation et de la recherche démographiques en Afrique ;

*constatant avec satisfaction* les résultats importants obtenus par l'Institut au cours de ses vingt premières années d'existence ainsi que son rattachement académique récent à l'université de Yaoundé II ;

*convaincus* de la nécessité de la poursuite et du développement de ses activités ;

*préoccupés* par les graves difficultés rencontrées par l'Institut dans son fonctionnement quotidien du fait de l'insuffisance notoire de ses ressources ;

- \* approuve la Direction de l'IFORD dans ses efforts de gestion toujours plus rigoureuse pour réduire les coûts de fonctionnement et dans son action de diversification des sources de financement ;
- \* note avec satisfaction le rattachement de l'IFORD à l'université de Yaoundé II ;
- \* exhorte le Gouvernement camerounais et les Gouvernements des autres pays membres, malgré les difficultés financières du moment, à verser régulièrement à l'IFORD leurs contributions sans lesquelles l'Institut ne peut normalement fonctionner ;
- \* invite le FNUAP et les autres bailleurs de fonds à poursuivre et amplifier leurs contributions dans cette période difficile que traverse l'Institut.

**L'AFRIQUE A BESOIN DE L'IFORD, L'IFORD A BESOIN DE L'AFRIQUE !**

Fait à Yaoundé, le 23 juillet 1993.

## Annexe 2

### HUITIEME SESSION DE LA CONFERENCE COMMUNE DES PLANIFICATEURS, STATISTICIENS ET DEMOGRAPHES AFRICAINS

Addis-Abeba (Ethiopie), 21-26 mars 1994

#### MOTION DE REMERCIEMENTS

Le Comité de la population, réuni à la huitième session de la Conférence commune des planificateurs, statisticiens, démographes et des spécialistes de l'information africains,

*considérant* l'excellente qualité des rapports intérimaires établis par les directeurs de l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD) et du Regional Institute for Population Studies (RIPS),

*prenant en considération* la contribution considérable de ces instituts dans les domaines de la formation de spécialistes de la population, de la recherche sur les questions de population et de développement en Afrique, de la fourniture de services consultatifs aux Etats membres et aux organisations multilatérales et bilatérales,

*conscient* des conditions extrêmement difficiles dans lesquelles ces directeurs ont travaillé au cours de leur affectation dans ces instituts, du fait de l'environnement socio-économique prévalant en Afrique,

*considérant en outre* la régionalisation imminente des postes de directeur de ces instituts, qui interviendra d'ici au 30 juin 1994, et profondément préoccupé par l'avenir de ces instituts,

**1. exprime sa profonde et sincère satisfaction** de l'excellent travail accompli par les directeurs sortants de l'IFORD et du RIPS et du dévouement dont ils font preuve au service des Etats membres dans le domaine de la population et du développement,

**2. lance un appel** à ces Directeurs pour qu'ils mettent leur expérience au service des Instituts, en tant que professeurs, visiteurs ou chercheurs, afin que ces centres continuent de répondre aux besoins des Etats membres dans le domaine de la population et du développement.

Fait à Addis-Abeba, le 26 mars 1994.

