

SIXIEME CONFERENCE INTERNATIONALE SUR LA
POPULATION OUAGADOUGOU 2011

COMMUNICATION

Influence du statut socioéconomique du ménage sur les tendances de la mortalité des enfants dans les pays de la CEMAC

Par

AMPALE EVA GALINA

Economiste-Démographe

Union pour l'étude et la recherche sur la population et le développement (UERPOD)

Brazzaville, Congo

BP : 1774, Brazzaville

Email : ampalegalina@yahoo.fr

Tel : 00242 068617325

RESUME

La santé des enfants de moins de cinq ans constitue l'un des problèmes majeurs de santé publique dans les pays en développement. Malgré les efforts consentis dans les pays au sud du Sahara pour l'amélioration des conditions sanitaires des enfants dans une perspective de l'atteinte de l'OMD n°4, les statistiques montrent que, ces dernières décennies, la mortalité des enfants a connu un retournement de tendances dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne et que les changements de mortalité observés entre les enfants appartenant à de différents groupes socioéconomiques ne se sont pas réduits ainsi que les disparités de mortalité.

Ainsi, cette étude s'est fixée comme objectif, de mesurer l'influence du Statut Socio-économique (SSE) du ménage sur la mortalité des enfants dans les pays de la CEMAC à partir des données des EDS. Compte tenu d'un manque de données disponibles, parmi les pays de la CEMAC, seuls le Congo, le Cameroun, le Gabon, la RCA et le Tchad ont été retenus.

Au niveau différentiel les résultats ont montré que tous ces cinq pays ont connu un retournement de tendances de la mortalité des enfants et ce changement trouve une part d'explication dans le statut socio économique des ménages.

La méthode de la décomposition a été choisie comme outil d'analyse. Cette analyse a permis en premier lieu de mieux appréhender la part qui est due à l'effet de performance et à l'effet de composition ; en second lieu, elle a permis de faire une décomposition plus avancée qui consiste à affiner les deux effets.

Ainsi l'analyse de la décomposition a montré que le SSE du ménage reste un déterminant important dans le changement de la mortalité des enfants dans les pays de la CEMAC et que ce changement est plus lié à l'effet de composition (proportion d'enfants vivant dans la pauvreté) au Cameroun et au Tchad et à l'effet de performance (état du système sanitaire) au Congo, au Gabon et en RCA, lequel effet est dû uniquement à la performance de base dans ces trois pays.

Les politiques à mettre en œuvre seraient donc soit des investissements dans l'hygiène ou la santé publique (cas de la performance de base), soit une attention portée à l'accès aux soins en faveur des plus pauvres (cas de la composition).

ABSTRACT

The health of the children of less than five years constitutes one of the major problems of public health in the countries in development. In spite of the efforts agreed in the countries to the south of the Sahara for the improvement of the sanitary conditions of the children in a perspective of the reach of the OMD n°4, statistics showed that the changes of mortality between children of different socio-economic groups are not reduced himself as well as the disparities of mortality.

This survey set like objective, to measure the influence of the socio-economic statute of the household on mortality juvenile infant in the countries of CEMAC from the data of the ED. Considering an available data lack, among the countries of CEMAC, only Congo, Cameroon, Gabon, the CAR and Chad have been kept to represent the under region.

The differential analysis to show that all these five countries knew a turning of tendencies of the mortality of the children and this change finds a part of explanation in the statute socio economic of the households.

For the explanatory analysis, the method of the decomposition has been chosen as the tool of analysis. This analysis permitted to fear the part that is due to the effect of performance better in the first place and to the effect of composition; in second place, she/it permitted to make a more advanced decomposition that consists in refining the two effects.

So the analysis of the decomposition showed that the SSE of the household remains an important determinant in the change of the mortality of the children in the countries of CEMAC and that this change is bound more to the effect of composition (proportion of living child in poverty) to Cameroon and to Chad and to the effect of performance (state of the sanitary system) to Congo, to Gabon and in CAR, which effect is solely of the to the performance of basis in these three countries.

The policies to put in implement be therefore either of the investments in hygiene or the public health (case of the basis performance), either an attention carried to the access to the cares in favor of the poorest (case of the composition).

INTRODUCTION

Lors du sommet du millénaire en 2000 à New York, l'objectif fixé était d'atteindre les OMD en 2015. Cependant, au fur et à mesure qu'on s'approche de la date butoir, plusieurs pays pauvres n'ont pas pu atteindre même le quart de certains objectifs fixés. L'on s'accorde de nos jours à reconnaître que la mortalité des enfants de moins de cinq ans ne cesse de baisser dans le monde depuis les années 50, mais avec un rythme de déclin qui diffère d'une région à une autre. Toutefois en Afrique Centrale et surtout dans les pays de la CEMAC l'on assiste à une stagnation voire un retournement de tendance qui mérite une attention particulière. Les questions de santé et d'économie ne sont pas en marge de cette situation. D'où l'importance d'une étude sur l'influence du statut socioéconomique du ménage sur les tendances de la mortalité infanto juvénile en Afrique Centrale.

L'UNICEF (2008) note un retournement important de la mortalité des enfants dans plusieurs pays africains, notamment dans la sous-région du Centre où le taux de mortalité infanto juvénile est passé de 187 à 193‰ entre 1990 et 2006. Si la tendance actuelle se poursuit, la sous région dans son ensemble ne pourra probablement pas atteindre la cible de la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans avant la date butoir (2015). Ce retournement est contraire à toutes les attentes théoriques et en même temps il compromet les OMD. Les questions qui se posent alors sont d'identifier les causes de ce retournement et les moyens à mettre en œuvre pour le juguler. S'agissant des causes, plusieurs facettes se dégagent :

- l'Accroissement du pourcentage d'enfants vulnérables lié à une augmentation du nombre de familles pauvres (paupérisation) ;
- l'Accroissement du pourcentage d'enfants vulnérables lié à une augmentation de la fécondité relative aux familles pauvres (fécondité différentielle) ;
- l'Augmentation généralisée de risques de mortalité liée à la réduction des dépenses publiques de santé (ajustement structurel) ;
- l'Augmentation des risques de mortalité dans toutes les catégories sociales (vulnérabilité liée à la mortalité).

Pour simplifier, les deux premières causes représentent l'effet de composition tandis que les deux dernières représentent l'effet de performance. La problématique de cette étude est alors de savoir dans quelles proportions les retournements de mortalité observés dans divers pays de l'Afrique Centrale résultent des effets de composition ou alors des effets de performance selon le statut socio économique du ménage ?

L'étude s'inscrit donc dans le cadre d'une recherche plus large portant sur les déterminants contextuels des tendances de la mortalité des enfants en Afrique Centrale mais plus particulièrement dans les pays de la CEMAC.

Deux questions complémentaires nous préoccupent ici:

- Dans quelle mesure les tendances récentes de la mortalité des enfants dans les pays de la CEMAC s'expliquent par le statut socioéconomique des ménages ?
- Si les conditions socioéconomiques sont en cause, ont-elles influencé la mortalité des enfants par un changement de la proportion d'enfants vivant dans la pauvreté (effet de composition ou d'appauvrissement) ou un changement des risques de mortalité dans toutes les catégories socio-économiques (effet de performance du système de santé) ?

Ainsi, l'objectif général de cette étude est de déterminer l'influence du statut socioéconomique sur les tendances de la mortalité des enfants dans les pays de la CEMAC. De façon spécifique, il s'agit de :

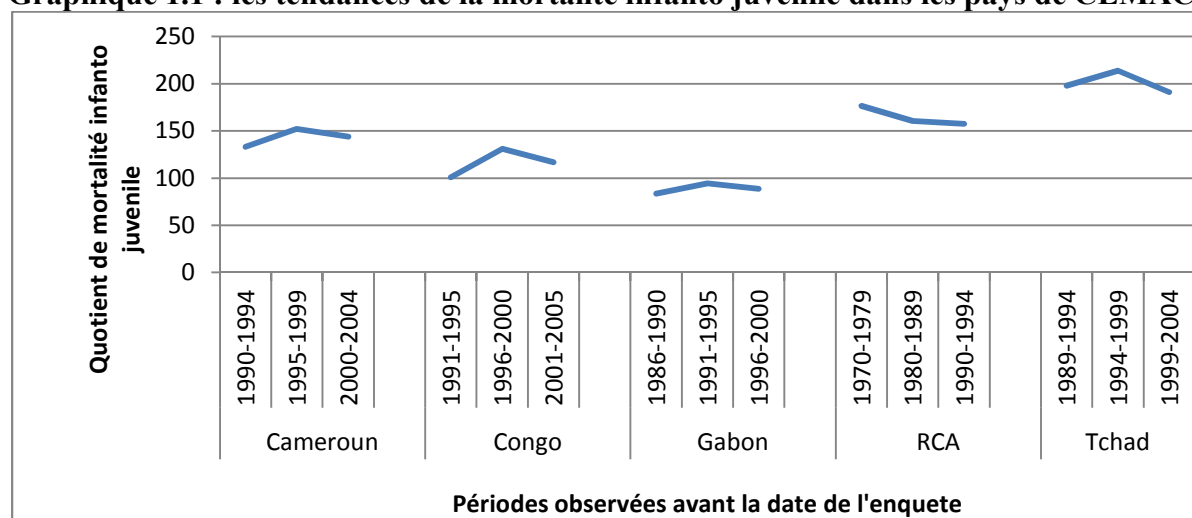
- vérifier si les tendances récentes de la mortalité des enfants dans les pays de la CEMAC s'expliquent par le statut socioéconomique des ménages.
- déterminer la nature de ces influences éventuelles, notamment la part qui est due :
 - au changement de la proportion d'enfants vivant dans la pauvreté (effet de composition ou d'appauvrissement) ;
 - à un changement des risques de mortalité dans toutes les catégories socio-économiques (effet de performance ou de précarité par le système de santé).

Ainsi, cette étude s'articule autour de quatre sections. La première section porte sur le contexte général de l'étude. Il s'agit de décrire et de discuter les tendances de la mortalité des enfants dans les pays de la CEMAC en mettant un accent particulier sur la santé des enfants, les conditions socioéconomiques et socio sanitaires qui prévalent dans la sous région. Ce chapitre devra aider à mieux comprendre les résultats. La deuxième section sera consacrée à la revue de la littérature. La troisième section aborde les aspects méthodologiques. Il présente la méthodologie utilisée dans cette étude. Enfin, la dernière section traite l'analyse du changement de la mortalité des enfants selon le niveau de vie des ménages ou le statut socio économique du ménage (SSE), en faisant une analyse différentielle et une analyse de la décomposition des niveaux et tendances de la mortalité des enfants dans les pays de la CEMAC.

I- CONTEXTE DE L'ETUDE

D'après les estimations de l'UNICEF (2008), les progrès vers l'atteinte de l'objectif n°4 sont très faibles pour toute la région de l'Afrique subsaharienne et l'Afrique Centrale dans son ensemble n'a réalisé aucun progrès. Par conséquent ces estimations montrent que l'Afrique Centrale est loin d'atteindre la cible en 2015. Cela est la résultante des pays de la CEMAC qui composent l'Afrique Centrale car d'après les rapports des EDS de ces pays retenus et pour une période de 14 ans révolus avant la date de la dernière enquête (sauf la RCA qui présente une durée de 24 ans révolus avant l'enquête), le Congo, le Gabon, le Cameroun n'ont réalisé aucun progrès, tandis que la RCA et le Tchad ont réalisé des progrès insuffisants. Le graphique suivant l'illustre.

Graphique 1.1 : les tendances de la mortalité infanto juvénile dans les pays de CEMAC



Sources : Rapports des dernières EDS de chaque pays.

D'après ce graphique, le constat qui se dégage est que, en dehors de la RCA, les autres pays (Congo, Cameroun, Gabon, Tchad) présentent un retournement de tendance (hausse de la mortalité infanto juvénile) entre la première période d'observation et la deuxième. Cependant entre la deuxième et la troisième période, il y a eu baisse mais cette baisse n'atteint pas le niveau initial au Congo, au Cameroun et au Gabon. Seul au Tchad où le taux de mortalité des enfants a baissé en dessous du taux initial. Cela suppose que pour une période de 14 ans révolus et malgré le retournement des tendances, le taux de mortalité des enfants au Tchad a baissé mais cette baisse reste insuffisante car ce pays présente des taux de mortalité les plus élevés de la sous région (191‰ en 2004 contre 144‰ au Cameroun en 2004, 117‰ au Congo en 2005). Par contre le retournement des tendances a retardé la baisse de la mortalité des enfants au Congo, au Cameroun et au Gabon dont le taux reste élevé par rapport au niveau initial à la fin de la période considérée. D'où, dans l'ensemble, ces trois pays n'ont réalisé aucun progrès.

Ainsi, à l'orée de la date butoir pour l'atteinte des objectifs du millénaire, il est important de rechercher les causes de ces changements de tendance de la mortalité des enfants dans les pays de la CEMAC. Il faut souligner que la mortalité est très souvent influencée par le contexte du pays, ainsi dans la partie qui suit, il est question de présenter la situation économique et sanitaire de ces pays.

Situation Socioéconomique et Socio sanitaire des pays de la CEMAC

L'ensemble des pays de la CEMAC représente une région au potentiel diversifié et riche, sur une vaste superficie, et au sein duquel vit une population jeune et pour la plupart pauvre. Les indicateurs socio-économiques, qui sont parmi les plus faibles du continent, contrastent avec le potentiel économique régional. L'évolution des indicateurs macro économiques est encourageante, mais reste fragile en raison de la faible diversification des économies et des effets conjoncturels favorables du pétrole. Enfin, les efforts d'assainissement de la gestion économique ne se traduisent pas encore par une amélioration du niveau de vie des populations. Cette situation se lit très clairement à travers la pauvreté des ménages qui se caractérise par une très faible accessibilité des populations aux services sociaux de bases, les questions d'hygiène publique, de sécurité alimentaire, de qualité de l'eau, de qualité de l'assainissement de l'environnement, l'accès aux médicaments et le niveau de la malnutrition est très élevée. Les systèmes de santé africains en général et de l'Afrique Centrale en particulier résultent à la fois des politiques des pouvoirs publics, d'une offre multiforme de diagnostics et de soins par un corps spécialisé, et de pratiques des populations aspirant à un bien-être physique, psychique et social. Cependant, plusieurs caractéristiques générales peuvent être notées : Le système public de santé ne couvre qu'une fraction limitée de la population ; le système de sécurité sociale est quasi inexistant dans la plupart des pays d'Afrique Centrale et on observe de très grandes inégalités sociales devant les maladies et la mort (HUGON, 2007).

En somme, la pauvreté en zone CEMAC se caractérise par l'inaccessibilité des populations aux services sociaux de base. Bien que cette situation reflète le faible pouvoir d'achat des individus, elle est également tributaire du recul des pouvoirs publics face à leurs obligations sociales. Cela se justifie par des faibles proportions des dépenses publiques affectées à la santé. Les mauvaises conditions de vie d'une grande partie de la population (habitat précaire, assainissement, approvisionnement en eau potable, électricité), la pauvreté dans les zones rurales et semi urbaines mais aussi dans les villes, le chômage, sont autant de causes majeures d'altération des conditions sociales et sanitaires de la population.

Une grande, partie des régions est toujours enclavée du fait de l'insuffisance des investissements en infrastructures sanitaires, de leur manque d'entretien ou des destructions dues aux guerres civiles à répétition. Ce qui rend difficile l'accès des populations aux infrastructures et aux services sociaux de base. Après un diagnostic du contexte des pays de l'Afrique Centrale, il peut être admis d'une certaine manière que les taux élevés de mortalité des enfants dans cette sous région d'Afrique peuvent être imputables aux conditions de vie des ménages, lesquelles conditions sont influencées par la conjoncture économique des états.

II- REVUE DE LA LITTERATURE

Une étude de l'influence du statut socioéconomique des ménages sur la mortalité des enfants consiste à faire une analyse synthétique des inégalités socioéconomiques de la mortalité des enfants. En effet, depuis le début des années 1950, l'on assiste à une baisse assez considérable et quelque peu sélective de la mortalité dans le monde et en particulier celle des enfants. Plusieurs auteurs ont discuté sur l'origine de cette tendance à la baisse. Certains pensent que cela est dû aux progrès de la technologie sanitaire (TABUTIN 1995), d'autres justifient cette baisse par le développement économique (GENDREAU et CANTRELLE, 1989), (VALLIN et BARBIERI 1996), et d'autres encore soutiennent l'impact des changements socioculturels (AKOTO,1985),((AKOTO et TABUTIN, 1989), MUDUB, 1996) et nutritionnels (.DESGREES DU LOÛ 1996).

Par ailleurs, il est admis qu'il existe une interdépendance entre l'économique, le sanitaire, le social et le culturel car l'évolution de la mortalité est étroitement liée aux conditions sanitaires, économiques et sociales d'un pays. C'est pour cela que son niveau constitue un indicateur important du développement socioéconomique de tout Etat. Etant donné que notre étude se focalise sur l'influence du statut socio-économique des ménages dans l'explication des retournements des tendances de la mortalité infanto juvénile. Par conséquent, il serait judicieux de mettre en évidence l'effet propre du statut socio-économique des ménages sur la mortalité des enfants.

ELOUNDOU et al (2009) s'intéressant au retournement de la mortalité des enfants de moins de cinq ans au Cameroun entre 1991 et 2004, intègrent le statut socio-économique des ménages ainsi que des variables macro-économiques dans leurs travaux. Ils aboutissent au fait que cette tendance de la mortalité est due beaucoup plus à la précarité c'est à dire à la vulnérabilité des populations liée au contexte de crise.

D'après BENINGUISSE (2003) : *« l'une des conséquences de la modernisation des sociétés africaines est la création d'une société plus inégalitaire où la survie dépend désormais et en partie des capacités économiques à satisfaire ses besoins (y compris les besoins en matière de santé). Les disparités induites par une telle société se caractérisent par un cumul d'avantages dans les catégories du plus haut de l'échelle sociale et d'un cumul d'handicaps dans les plus démunies, avec une gradation dans les groupes intermédiaires ».*

Cadre conceptuel

L'élaboration d'un cadre conceptuel est une étape décisive dans la recherche en science sociale. La construction d'un cadre conceptuel pour une étude de la mortalité des enfants permet de résumer et de comprendre les mécanismes à la base de ce phénomène. La démarche de la plupart des auteurs s'inscrit dans le cadre d'une reconnaissance de la multiplicité et de la complexité des facteurs qui entrent en jeu dans la détermination des facteurs de mortalité des enfants. Plusieurs de ces auteurs ont élaboré des cadres conceptuels types (MOSLEY ET CHEN, AKOTO...). Cependant dans le cas de notre étude nous adaptons le cadre conceptuel selon la méthodologie de la décomposition dans le but d'étudier les facteurs de l'évolution de la mortalité des enfants car aujourd'hui, plusieurs recherches s'intéressent de plus en plus à l'évolution spatiotemporelle de la mortalité des enfants et de ses inégalités dans le monde.

Hypothèse générale et schéma conceptuel

Le choix d'un cadre conceptuel doit être fonction des objectifs poursuivis par l'étude et aussi de l'hypothèse à vérifier. D'après la problématique et les objectifs assignés à cette étude, nous formulons l'hypothèse générale ci après :

Les tendances de la mortalité infanto-juvénile dans les pays d'Afrique Centrale sont étroitement liées aux conditions socioéconomiques des ménages et socio sanitaires de chaque pays.

Cette hypothèse résume d'une manière générale les interactions existantes entre les différents concepts représentés par le schéma ci après (figure 2.1).

Ce cadre conceptuel est celui qui met en relation les différents concepts dans une étude basée sur la décomposition comme méthode statistique d'analyse. Il met en œuvre aussi bien l'étape de la décomposition de base que celle de la décomposition avancée. Cette méthode de la décomposition sera bien explicitée à la section 3.

En effet, ce cadre conceptuel distingue 3 niveaux d'intervention des facteurs de différenciation sur les changements de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Au premier niveau, il y a des facteurs contextuels comme les politiques de santé (facteurs sanitaires), politiques d'éducation (facteurs socio culturels), politiques sociales et les politiques économiques (facteurs socioéconomiques) qui influencent sur les éléments de la décomposition avancée qui à leur tour agissent sur l'effet de performance et l'effet de composition pour déterminer les changements observés dans la mortalité des enfants.

En d'autres termes, les raisons du changement de risque de mortalité peuvent être attribuées à l'effet de performance, c'est à dire que la mortalité moyenne de certaines catégories sociales (ici la catégorisation selon le niveau de vie du ménage) change, ou alors à l'effet de composition c'est à dire que ce sont les pourcentages des personnes dans les catégories sociales qui changent. Chacun de ces effets peut être décomposé davantage.

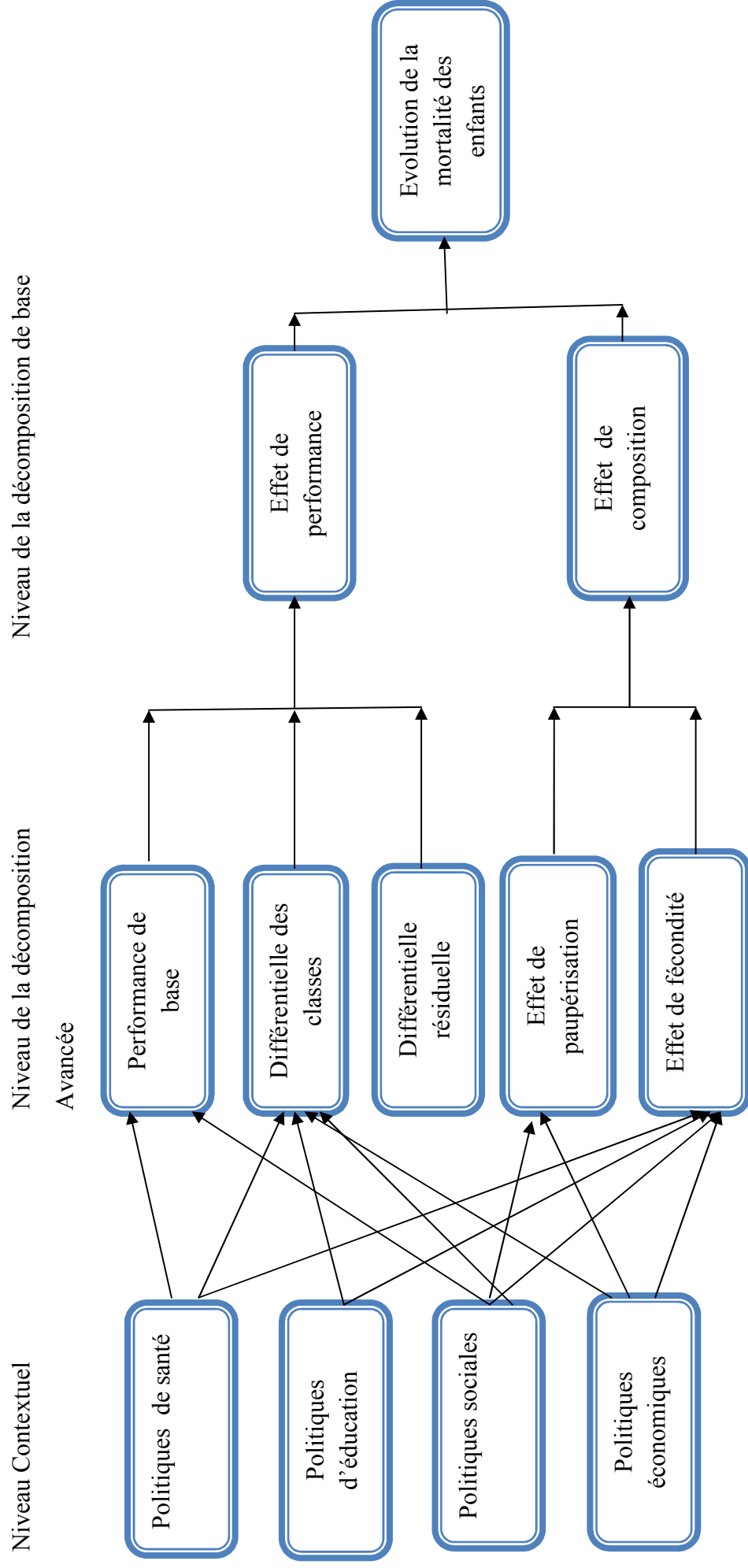
Si c'est la performance qui est en cause, le changement peut être dû à la performance de base c'est-à-dire que la mortalité frappe toutes les catégories sociales ou à la performance différentielle ce qui équivaut à une mortalité différentielle entre les différents groupes sociaux.

Par contre, si c'est l'effet de la composition, le changement peut résulter de l'augmentation de la proportion des groupes des pauvres ou de l'augmentation de la fécondité des mères des enfants présentant une forte vulnérabilité.

Toutefois, il existe une part du changement qui reste non expliquée ni par l'un, ni par l'autre mécanisme. Cette partie résiduelle du changement (le résidu) est souvent due à d'autres phénomènes.

D'où le schéma conceptuel suivant :

Figure 2.1 : Schéma conceptuel



Cadre d'analyse

La clarification de l'hypothèse générale posée nécessite la construction d'une théorie auxiliaire, encore appelée cadre d'analyse, découlant directement du cadre conceptuel.

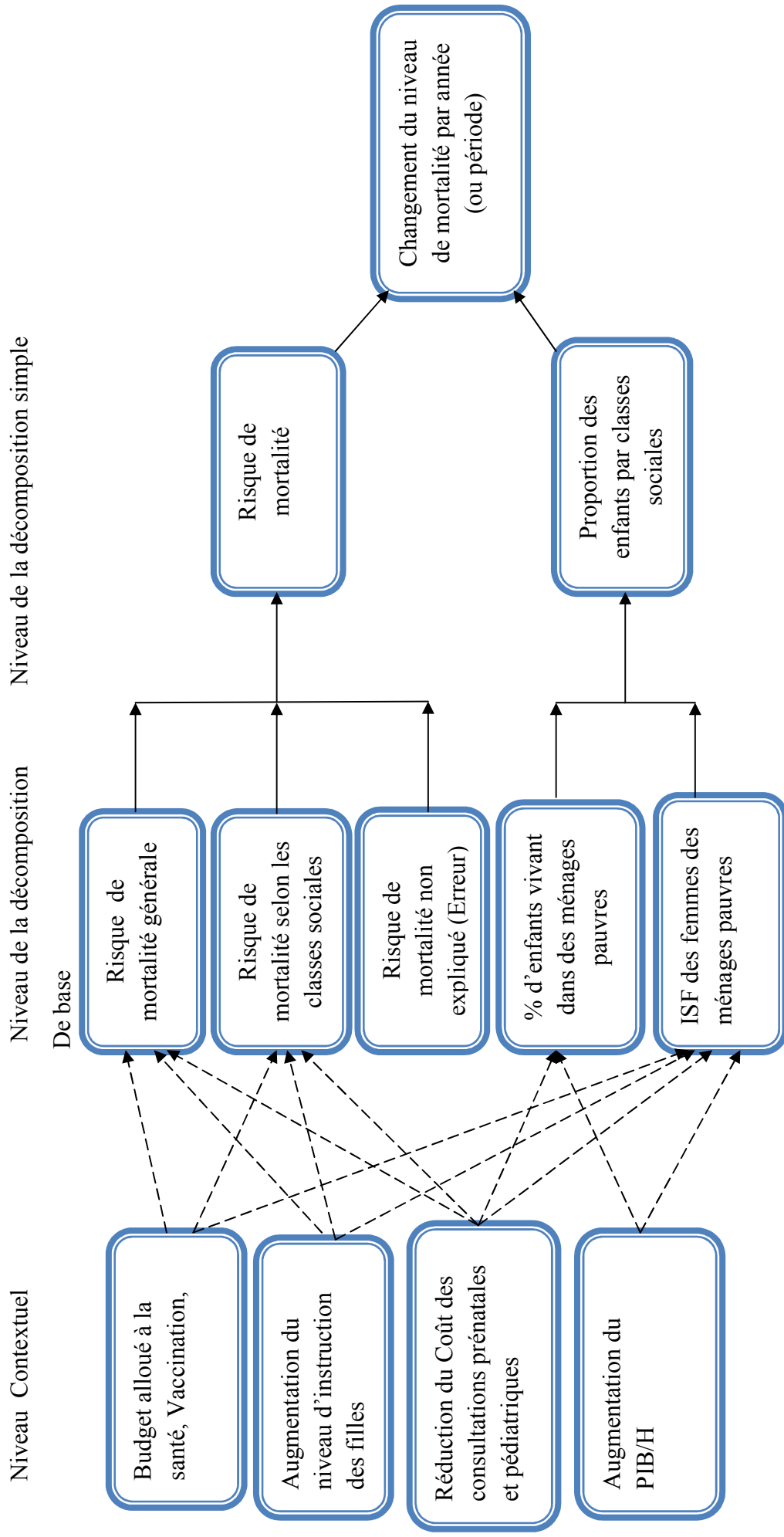
Hypothèse spécifique et schéma d'analyse¹

De façon spécifique, le changement du niveau de mortalité des enfants d'une année (ou période) à l'autre, est de façon prépondérante dû à un effet de composition c'est à dire aux changements de la distribution des enfants entre les différentes catégories socioéconomiques.

La synthèse de cette hypothèse à vérifier, est présentée par le schéma suivant ; ce schéma d'analyse complète et explicite le schéma conceptuel.

¹ Noter que les relations mises en pointillées dans le schéma d'analyse ne seront pas vérifiées dans le cadre de cette étude car nous ne disposons pas les données requises pour leurs vérifications.

Figure 2.2 : Schéma d'analyse



III : ASPECTS METHODOLOGIQUES

Sources de données

L'analyse des données est une étape essentielle dans la recherche en sciences sociales. Elle exige toutefois quelques préalables, notamment la collecte des données qui permettront de tester les hypothèses formulées. Cependant, face aux contraintes financières et de temps, cette étape de recherche en sciences sociales n'a pas été menée. Pour pallier à ce problème, les données utilisées dans le cadre de cette étude sont celles tirées des EDS de chaque pays retenus. Pour le Congo, c'est l'EDSC I-2005, pour le Cameroun ce sont les EDSC I-1991, EDSC II-1998, et EDSC III-2004, pour le Tchad les EDST I-1997 et EDST II-2004, pour le Gabon l'EDSG I- 2000 et pour la RCA l'EDSRCA I - 1995.

Ces enquêtes sont toutes basées sur une même méthodologie et sont réalisées par les gouvernements de chaque pays avec l'appui technique d'ORC Macro International et le soutien financier et matériel de la Banque Mondiale, de l'UNICEF et bien d'autres organismes.

Population cible

Les enfants de moins de cinq ans constituent la population cible de notre étude. Ces enfants sont nés durant les périodes 10-14 ans, 5-9 ans et 0-4 ans révolus pour l'EDSC I du Congo, l'EDSG I du Gabon et l'EDSRCA I de la RCA. Pour le Cameroun et le Tchad, ces enfants sont nés durant la période 5-9 ans révolus pour chaque EDS du Cameroun (EDSC I, EDSC II et EDSC III) et pour chaque EDS du Tchad (EDST I et EDST II). Ce choix se justifie par le fait que dans cette étude, l'analyse sera faite par la méthode de décomposition qui est une méthode qui étudie les phénomènes évolutifs. Etant donné que les pays comme le Congo, le Gabon et la RCA n'ont qu'une seule base de données EDS, la méthodologie utilisée dans cette étude est de faire une programmation dans le temps en scindant chacune de ces bases en 3 Périodes quinquennales tout en reculant dans le temps à partir de l'année de l'enquête jusqu'à 14 ans révolus afin de pouvoir étudier l'évolution des quotients de mortalité pour chaque période. Ainsi :

Pour le Congo :

- 0-4 ans correspond à la période 2001-2005 et la taille de l'échantillon est de 4733.
- 5-9 ans correspond à la période 1996 -2000 et la taille de l'échantillon est de 4043.
- 10-14 ans correspond à la période 1991 -1995 et la taille de l'échantillon est de 3218.

Pour le Gabon :

- 0-4 ans correspond à la période 1996 -2000 et la taille de l'échantillon est de 3457.
- 5-9 ans correspond à la période 1991- 1995 et la taille de l'échantillon est de 3987.
- 10-14 ans correspond à la période 1986-1990 et la taille de l'échantillon est de 3497.

Pour la RCA :

- 0-4 ans correspond à la période 1991 -1995 et la taille de l'échantillon est de 3726.
- 5-9 ans correspond à la période 1986 - 1990 et la taille de l'échantillon est de 4828.
- 10-14 ans correspond à la période 1981-1985 et la taille de l'échantillon est de 4316.

Cependant, concernant les pays comme le Cameroun et le Tchad qui possèdent au moins deux bases de données, la méthodologie utilisée est d'extraire dans la banque de données STAT COMPILER les informations concernant les enfants de moins de cinq ans pour une période de 5-9 ans révolus de chaque EDS.

Variables utilisées pour l'étude

Les variables choisies pour cette étude sont fonction des hypothèses avancées et du cadre conceptuel élaboré. Ainsi nous aurons :

Variable substantive ou variable dépendante

C'est la variable d'intérêt qui correspond au phénomène social à étudier. Dans le cas de notre étude, la mortalité infanto juvénile est cette variable d'intérêt représenté par le changement de niveau de mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Variable de classification ou variable indépendante

C'est une variable qui permet de subdiviser la population totale (nationale) en plusieurs sous populations distinctes. En plus des critères d'exclusivité et d'exhaustivité requis pour toutes les variables statistiques, une bonne variable de classification devrait remplir plusieurs critères relatifs à son émiettement, variabilité et pertinence. Dans le cadre de cette étude la variable de classification choisie est le statut socioéconomique du ménage représenté ici par la variable niveau de vie. Elle comprend 5 modalités à savoir : très pauvres, pauvre, moyen, riche et très riches.

Présentation des méthodes d'analyse statistiques utilisées

Pour vérifier les hypothèses émises dans une étude, il est nécessaire de faire un certain nombre de transformations sur les données de base afin d'extraire l'essentiel de l'information dissimulée dans la masse de ces données. Ces transformations requièrent l'utilisation des méthodes statistiques particulières dont le choix dépend essentiellement des objectifs poursuivis et de la nature des variables entrant dans l'analyse. A cet effet, dans le cadre de cette étude, nous nous baserons sur la méthode de la décomposition afin de tester notre hypothèse de base. Au préalable, nous ferons une analyse différentielle qui nous permettra de ressortir les tendances de la mortalité infanto juvénile selon les différentes classes sociales.

En réalité, la méthode de la décomposition est une méthode qui cherche à expliquer les relations de cause à effet issue d'un changement social. Elle vise à estimer la contribution relative de deux ou plusieurs causes possibles dans un changement donné, que ce changement soit socioéconomique ou démographique. Cette méthode est très utile et flexible en démographie. Elle offre à bien des égards un outil supérieur dans l'analyse d'une large gamme de changements sociaux, surtout dans une perspective de décision politique (ELOUNDOU 2010).

Le principe fondamental de cette méthode de la décomposition est de quantifier les contributions relatives de deux ou plusieurs facteurs au changement social. Les facteurs d'explication usuellement évoqués incluent une composante démographique (composition de la population étudiée par rapport à une variable telle que le statut socioéconomique par exemple) et une composante de performance (renvoie à la performance moyenne des membres de chacune des catégories de la variables de classification ou indépendante).

De façon plus détaillée, la procédure de la décomposition peut être résumée en 5 étapes élémentaires qui incluent : la définition du problème, la construction de la base de

données, l'analyse proprement dite, la présentation des résultats sous forme de tableau ou graphe et la discussion des implications pratiques.

Définition du problème

Dans ce travail, l'on voudrait savoir dans quelle mesure le changement intervenu dans la mortalité infanto-juvénile reflète des effets de composition ou de performance. A cet effet il est nécessaire de préciser la nature des variables substantive et de classification, ainsi que les pays et les périodes considérées pour le changement.

Dans le cadre de cette étude, la variable substantive est le changement de niveau de mortalité infanto-juvénile, la variable de classification est le statut socio-économique. Pour chaque pays, la période considérée varie d'un pays à un autre puisque les Enquêtes Démographiques et de Santé n'ont pas eu lieu au même moment c'est pourquoi une étude de tous les cinq pays pour une même période considérée n'est pas possible. Ainsi, pour le Congo la période considérée est de 1991 à 2005, pour le Cameroun la période considérée est de 1991 à 2004, pour le Gabon, c'est de 1986 à 2000, pour la RCA c'est de 1981 à 1995 et enfin pour le Tchad on considère la période 1997 à 2004.

Construction de la base des données

Pour le cas de la présente étude, nous avons deux manières de construire nos fichiers d'analyse. Dans un premier temps nous nous appuyons sur les données des EDS du Cameroun et du Tchad disponibles sous STAT COMPILER car ces deux pays possèdent chacun au moins deux bases de données EDS. Pour les trois autres pays restant, étant donné qu'ils ne possèdent chacun qu'une seule EDS, la méthodologie consiste à scinder chacune de ces bases en trois périodes quinquennales jusqu'à l'année de l'enquête c'est à dire 14 ans révolus avant l'enquête afin que chaque pays puisse avoir 3 bases de données quinquennales.

Pour avoir les données des EDS du Cameroun et du Tchad disponibles sous STAT COMPILER, la procédure consiste, à aller sur le site de STAT COMPILER ([www. Stat compiler.com](http://www.Statcompiler.com)), sélectionner les pays et les années désirées (EDSC I 1991, EDSC II 1998, EDSC III 2004 et EDST I 1997, EDST II 2004), ensuite sélectionner la variable substantive désirée qui est ici la mortalité infanto-juvénile c'est à dire la mortalité des enfants de moins de cinq ans selon la variable de classification qui est ici le statut socio-économique du ménage (Niveau de vie du ménage). Cependant il est utile de sélectionner aussi l'ISF pour reconstituer la base du fichier enfant afin de calculer la proportion d'enfant dans chaque catégorie socioéconomique. Le tableau résultant de cette opération est téléchargé sous Excel où tous les calculs relatifs à la décomposition seront effectués. Après le téléchargement, sous Excel ces tableaux auront la forme suivante pour chaque année des EDS considérées :

Différentes classes sociales du SSE	% des répondants selon le SSE	ISF	Quotient de mortalité infanto juvénile selon le SSE
Très pauvres			
Pauvres			
Moyen			
Riches			
Très riches			

Pour les autres pays qui n'ont qu'une seule base de données EDS (Congo, Gabon, RCA), comme mentionné tantôt, qu'il faut scinder les bases en trois périodes quinquennales, cette programmation sera faite de la manière suivante :

Pour le Congo, période 1= 1991- 1995, Période 2= 1996-2000, Période 3= 2001-2005 ;

Pour le Gabon, période 1= 1986- 1990, Période 2= 1991-1995, Période 3= 1996-2000 ;

Pour la RCA, période 1= 1981- 1985, Période 2= 1986-1990, Période 3= 1991-1995 ;

Après avoir scindé les bases, il est utile de faire des tableaux croisés sous SPSS pour ressortir le pourcentage d'enfant de moins de cinq ans de chaque catégorie socioéconomique et leur niveau de mortalité. Les tableaux résultant de cette opération sont ensuite emmenés sous Excel pour effectuer la décomposition.

Sous Excel ces tableaux auront la forme suivante pour chaque période quinquennale des EDS considérées :

Différentes classes sociales du SSE	% proportion des enfants selon le SSE	Quotient de mortalité infanto juvénile selon le SSE
Très pauvres		
Pauvres		
Moyen		
Riches		
Très riches		

Après l'exportation des tableaux dans Excel, l'analyse de la décomposition se fera aisément. Cependant la décomposition consiste à quantifier les contributions relatives de deux ou plusieurs processus dans un changement social quantifiable et émanant. Dans la formulation la plus simple, les deux contributions analysées incluent l'effet de performance et de composition, respectivement. L'effet de performance reflète les changements dans la performance des groupes, tandis que l'effet de composition indique les changements dans la taille relative des groupes. De façon formelle, la formule de décomposition s'obtient en partant de l'expression de la performance de la population nationale comme une moyenne pondérée des performances dans les diverses sous populations.

$$Y_t = \sum w_{jt} * y_{jt}$$

Où Y est la moyenne nationale pour la variable substantive (mortalité des enfants), y_{jt} est la valeur de la variable substantive pour la classe j représente les différentes classes sociales du niveau de vie en année t , W représente l'effectif relatif des diverses sous populations et w_{jt} est la proportion d'enfants appartenant à la classe j au moment t .

Partant de cette formulation, il est facile de voir que le changement dans la performance moyenne des populations peut être décomposé en deux éléments qui représentent respectivement, l'effet de composition et l'effet de performance, soit le changement dans la mortalité des diverses catégories sociales. D'où il s'ensuit la formule suivante.

$$\Delta Y = \sum \bar{y}_j * \Delta w_j + \sum \bar{w}_j * \Delta y_j$$

L'application de cette formule est présentée dans le tableau suivant :

	A	B	C	D		E	F
	Année t		Année t+n			% du changement total lié à l'effet de :	
Classes	5q0	% d'enfants	5q0	% d'enfants		Composition	Performance
T pauvres							
Pauvres							
moyen							
Riches							
T riches							
Total							

L'application de la décomposition de base pour l'analyse du changement dans la mortalité infantile se fera de la manière suivante :

$$E = (D-B) * ((C+A)/2)$$

$$F = ((D+B)/2) * (C-A)$$

Après avoir appliqué ces formules, E représente l'effet de composition et F l'effet de performance. D'où la formule énoncée plus haut.

$$\Delta Y = \sum \bar{y}_j * \Delta w_j + \sum \bar{w}_j * \Delta y_j \implies \Delta Y = E + F$$

Ces deux termes peuvent être décomposés de manière plus fine. Cela consiste à faire une décomposition avancée. Cette décomposition avancée permet ainsi de décomposer l'effet de performance en effet de mortalité de base (performance de base) qui concerne tout le monde indépendamment du Statut Socio- Economique, en effet de différenciation du statut socioéconomique (différentielle des classes) qui reflète l'aggravation/réduction des inégalités de mortalité liées au Statut socioéconomique, et en un changement dans les inégalités lié à des facteurs autres que la mortalité (différentielle résiduelle). La décomposition avancée de l'effet de composition permettra de voir si cet effet de composition peut provenir aussi bien du changement dans la proportion des familles pauvres ou du changement dans la fécondité relative des familles pauvres.

Le calcul basé sur cette décomposition avancée consistera tout à estimer sous Excel la relation statistique entre mortalité des enfants et statut socio-économique, insérer les valeurs de w_j , de n_j , de α , de β et de l'erreur dans les nouvelles colonnes et faire le nouveau calcul de ces composantes.

Décomposition avancée de l'effet de performance

Pour affiner la décomposition de l'effet de performance, il suffit d'estimer la relation statistique entre performance et le statut socio économique du ménage pour le cas de notre étude

$$(1) \quad \Delta Y = \left[\sum \bar{y}_j * \Delta w_j \right] + \left[\sum \bar{w}_j * \Delta y_j \right]$$

En partant de cette formule de base, Il est possible de l'étendre en exprimant la performance d'un groupe donné y_j comme fonction d'une ou de plusieurs autres variables. Pour le cas simple d'une seule variable et d'une relation linéaire, alors,

$$(2) \quad y_j = \alpha + \beta x_j + \mu_j$$

où α représente la performance de base lorsque $x=0$ (dans notre cas la mortalité de base), β est l'accroissement de mortalité associé à un accroissement unitaire de la variable x (ici le statut socioéconomique), et μ_j l'erreur, qui peut aussi s'interpréter comme la surperformance/sous performance relative du groupe, ou comme l'effet résiduel des facteurs autres que x , non considérés dans l'analyse.

Dans ce cas, le changement dans la valeur de y_j entre deux périodes s'obtient ainsi

$$(3) \quad \Delta y_j = \Delta\alpha + \bar{\beta}\Delta x_j + \bar{x}_j\Delta\beta + \Delta\mu_j$$

Si les définitions des catégories de x ne changent pas entre l'année 1 et 2, le deuxième terme de cette équation est 0, et \bar{x} est égal à x . L'équation se réduit donc à :

$$(4) \quad \Delta y_j = \Delta\alpha + x_j\Delta\beta + \Delta\mu_j$$

En insérant (4) dans (1), nous obtenons :

$$(5) \quad \Delta Y = \left[\sum_E \bar{y}_j * \Delta w_j \right] + \left[\sum_{F1} \bar{w}_j * \Delta\alpha \right] + \left[\sum_{F2} w_j * x\Delta\beta \right] + \left[\sum_{F3} w_j * \Delta\mu_j \right]$$

Décomposition avancée de l'effet de décomposition

Tout comme l'effet de performance, l'effet de composition peut être explicité davantage. Ceci peut se faire via plusieurs stratégies qui considèrent soit les groupes démographiques primaires, soit la structure par âge ou sexe des diverses sous-populations, soit les dynamiques de reproduction démographique.

Extension selon les groupes primaires

Cette extension est possible lorsque l'évolution de la taille du groupe étudié dépend en partie de l'évolution du « groupe-mère » dont les sujets sont issus. Dans notre exemple, le pourcentage d'enfants dans les familles pauvres (w_j) dépend du nombre de familles pauvres (n_j) et de la fécondité relative des familles pauvres (f_j).

$$(6) \quad w_j = n_j * f_j$$

Exprimée en termes de pourcentages, cette relation indique que le pourcentage d'enfants dans une catégorie sociale donnée est égal au pourcentage de familles dans cette catégorie multiplié par son ratio de fécondité (fécondité du groupe par rapport à la moyenne nationale).

$$(7) \quad w_j/W = [n_j/N] * [f_j/F]$$

Le changement dans les pourcentages spécifiques au groupe dépendra donc (1) des changements dans la proportion de familles appartenant à différentes catégories sociales et (2) des changements dans la fécondité relative de ces familles.

$$(8) \quad \Delta w_j = \bar{f}\Delta n_j + \bar{n}\Delta f_j$$

On peut ainsi insérer (8) dans (1) pour obtenir

$$(9) \quad \Delta Y = [\sum \bar{y}_j * \bar{f} \Delta n_j] + [\sum \bar{y}_j * \bar{n} \Delta f_j] + [\sum \bar{w}_j * \Delta y_j]$$

E1 E2 F

Pour terminer, l'on peut jumeler (9) et (5) et obtenir une formulation détaillée qui affine l'analyse à la fois du côté de w et du côté de y. Le résultat de cette combinaison, donné en (10), produit une expression encore plus longue et plus détaillée. C'est l'équation de la décomposition avancée. Dont celle-ci, représentée par

$$(10) \quad \Delta Y = [\sum \bar{y}_j * \bar{f}_j \Delta n_j] + [\sum \bar{y}_j * \bar{n}_j \Delta f_j] + [\sum \bar{w}_j * \Delta \alpha] + [\sum \bar{w}_j * \Delta \beta x_j] + [\sum \bar{w}_j * \Delta \mu_j]$$

E1 E2 F1 F2 F3

Avec :

E1 représente l'effet de paupérisation.

E2 représente l'effet de fécondité

F1 représente l'effet de performance de base

F2 représente l'effet dû à la différentielle des classes sociales.

F3 représente l'effet dû à la différentielle résiduelle

En outre, la décomposition avancée se fait lorsque le changement est supérieur à 5%, au cas contraire la décomposition avancée n'est pas nécessaire. Cette décomposition avancée se fait selon la performance lorsque c'est l'effet de performance qui domine au cas contraire si c'est l'effet de composition qui domine la décomposition avancée se fait selon la composition.

Construction de l'indicateur composite niveau de vie

Comme notre variable de classification est le statut socioéconomique appréhendé par le niveau de vie, certaines bases EDS ne possèdent pas cette variable (le cas du Gabon et de la RCA), d'où il était important de construire cet indicateur à partir des données sur les biens des ménages en utilisant l'analyse en composante principale. Les informations sur les biens des ménages proviennent des réponses aux questions relatives à la possession par les ménages de certains biens durables (la télévision, la radio, la voiture, etc.) et celles concernant certaines caractéristiques du logement comme la disponibilité de l'électricité, le type d'approvisionnement en eau potable, le type de toilettes, le type des matériaux du sol, du mur, du toit (caractéristiques de logement, etc).

Cet indicateur est construit de la manière suivante :

- on affecte à chacun des biens ou caractéristiques un poids (score ou coefficient) généré à partir d'une analyse en composante principale ;

- les scores des biens qui en résultent sont standardisés selon une distribution normale standard de moyenne 0 et d'écart type 1.

- on attribue dans chaque ménage un score pour chaque bien et on fait la somme de tous les scores par ménage ;

- les ménages sont classés par ordre croissant de score total et divisés en 5 catégories d'effectifs égales appelés quintile. On établit ainsi une échelle allant de 1 (quintile le plus pauvre) à 5 (quintile le plus riche) ;

- le score de chaque ménage est affecté aux individus qui le composent. Les individus sont ainsi répartis dans les différentes catégories.

IV- ANALYSE DU CHANGEMENT DE MORTALITE DES ENFANTS SELON LE NIVEAU DE VIE

Les niveaux et les tendances de la mortalité infantile et juvénile rendent compte des conditions sanitaires, environnementales et socioéconomiques qui prévalent dans une population et du niveau de vie général de cette population.

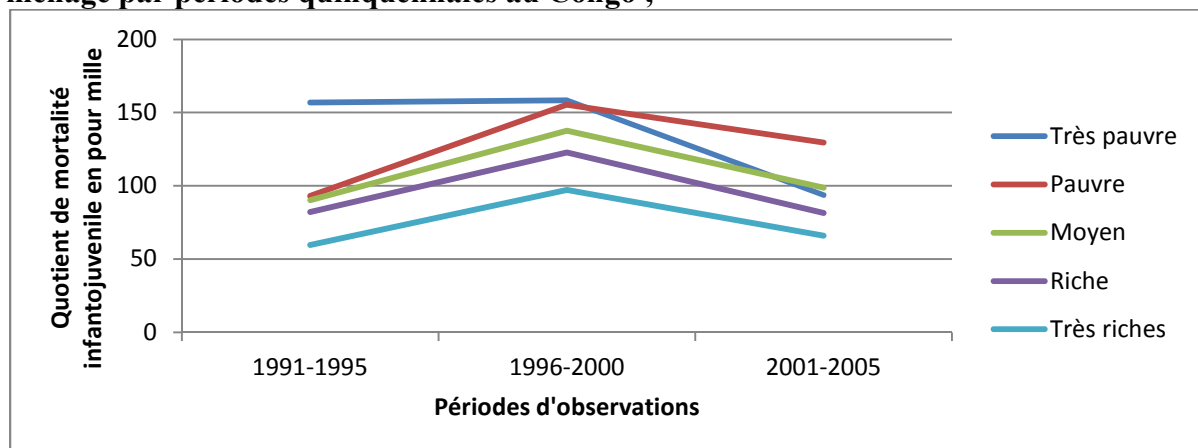
4- 1 Evolution du Quotient de mortalité infanto-juvénile dans les pays de la CEMAC

L'objectif de cette première partie est de montrer comment les quotients de mortalité des enfants ont évolué dans le temps en fonction des différentes classes sociales tout en ressortant quelques inégalités sociales. Au préalable, il serait judicieux de préciser la relation existante entre le niveau de vie et la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

4-1-1 Cas du Congo

Pour les trois périodes considérées, on constate qu'il y a une relation très significative au seuil de 5% entre le niveau de vie du ménage et le risque de mortalité des enfants de moins de cinq ans au Congo. Plus le niveau de vie du ménage est élevé plus les chances de survie des enfants de moins de cinq ans sont grandes (le quotient de mortalité diminue). Cependant, le graphique suivant montre comment la mortalité des enfants a évolué au cours du temps selon le niveau de vie des ménages.

Graphique 4.1. Evolution du risque de décès des enfants selon le niveau de vie du ménage par périodes quinquennales au Congo ;



Source : Exploitation des données de l'EDSC 1, 2005.

Les résultats du graphique 4.1 montrent qu'en général pour une période de 14 ans révolus allant de 1991 à 2005, la mortalité des enfants selon le statut socioéconomique du ménage au Congo présente un retournement de tendances dans toutes les classes sociales car

pour les trois périodes considérées il y a eu d'abord une augmentation du niveau de mortalité suivie d'une baisse.

A cet effet, entre la première période 1991-1995 et la deuxième période 1996-2000, la mortalité des enfants a augmenté très considérablement dans toutes les classes sociales. En effet, le quotient de mortalité des enfants nés des ménages très pauvres a subi une légère augmentation passant de 156,94‰ à 158,49‰ soit une hausse de 0,98% mais il reste le plus élevé. Celui des enfants issus des ménages très riches a connu une forte augmentation passant de 59,70‰ à 97,22‰ soit une hausse de 62% et il reste le moins élevé parmi toutes les classes sociales. Cette hausse générale de la mortalité des enfants a réduit l'écart entre la mortalité des enfants pauvres et celle des enfants riches. Cette situation se lit très bien sur le graphique car l'on constate que pour la période 1996 à 2000, le graphique montre des pics pour toutes les classes sociales. Ces pics expliquent qu'il y a eu hausse de la mortalité à cette période. D'après le contexte du pays, cette période était marquée par un conflit armé. Toutes les classes sociales étaient sévèrement touchées par l'événement.

Cependant entre la deuxième période 1996-2000 et la troisième 2001-2005, l'on constate qu'il y a eu une baisse très remarquable de la mortalité des enfants dans toutes les classes sociales. L'écart entre la classe des très pauvres et toutes les autres classes a diminué et beaucoup plus avec la classe des très riches. La mortalité des enfants issus des ménages très pauvres a baissé de 40,88% (le quotient de mortalité est passé de 158,49‰ à 93,76 ‰) et celle des enfants des ménages très riches a baissé de 32,02% (le quotient de mortalité est passé de 97,22‰ à 66,09 ‰). Cela démontre qu'il y'a eu baisse des inégalités sociales.

Toutefois il faut noter que, malgré la baisse généralisée dans toutes les classes sociales, les quotients de mortalité des enfants de certaines classes (pauvres, moyens, très riches) à la dernière période n'ont pas atteint leur niveau initial observé à la première période. Cela montre qu'au Congo le retournement de tendances a retardé la baisse.

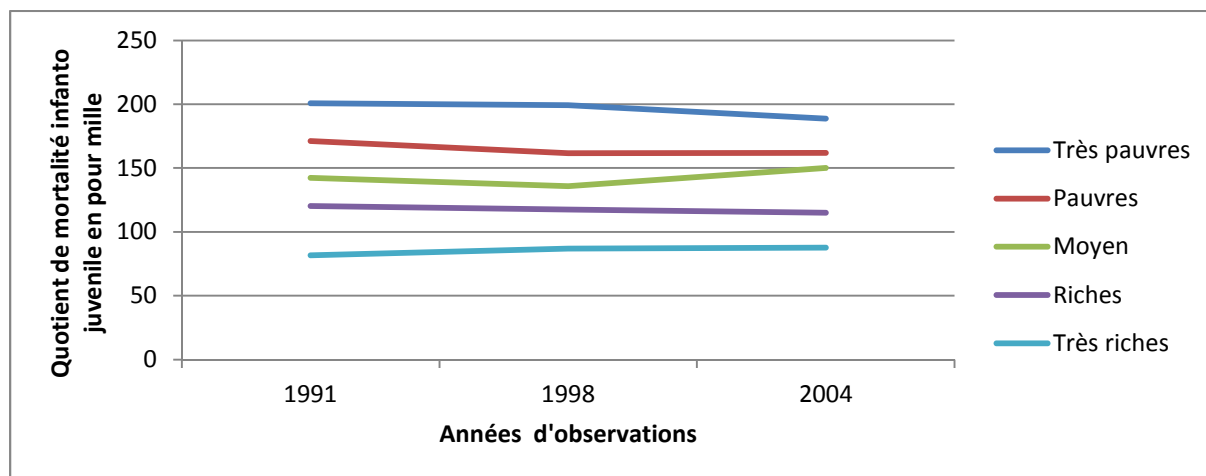
4.1.2 Cas du Cameroun

Au Cameroun, d'après les résultats des trois EDS présentés sur le graphique 4.2 couvrant la période de 1991 à 2004, la mortalité des enfants selon le statut socio économique du ménage n'a pas baissé dans l'ensemble et elle présente quelques retournements de tendances dans certaines classes sociales. Comme dans toutes les sociétés du monde et particulièrement africaines, la mortalité chez les très pauvres est très élevée et elle est faible chez les très riches. Cependant la mortalité des enfants issus des classes très pauvres et riches présente une légère baisse pour toutes les périodes considérées.

Entre 1991 et 1998, la baisse constatée est de l'ordre de 0,74% et de 5,27% entre 1998 et 2004 pour les enfants issus des ménages très pauvres. Pour les enfants des classes riches, la légère baisse constatée est de l'ordre de 2% pour toute la période.

Par contre, la mortalité des enfants issus des classes pauvres baisse de 5,49 % entre 1991 et 1998 puis stagne entre 1998 et 2004. Celle des enfants appartenant aux classes moyennes baisse de 4,57% entre 1991 et 1998 puis augmente de 10,53% entre 1998 et 2004. Pour les enfants issus des classes très riches, la mortalité a augmenté sur toute la période concernée de 6,24% entre 1991 et 1998 puis de 0,92% entre 1998 et 2004. Cependant les inégalités sociales se sont réduites qu'à un niveau très bas.

Graphique 4.2. Evolution du risque de décès des enfants selon le niveau de vie du ménage par années au Cameroun ;



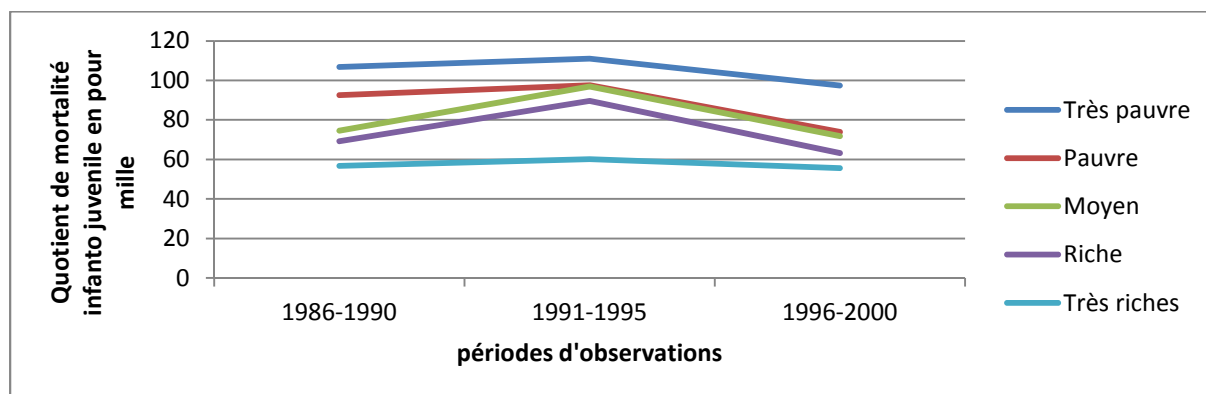
Source : Exploitation des données des EDSC I, II, III.

4.1.3 Cas du Gabon

Au Gabon, pour les trois périodes considérées, on constate qu'il y a une relation très significative au seuil de 5% entre le niveau de vie du ménage et le risque de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Le graphique 4.3 montrent qu'en général pour une période de 14 ans révolus allant de 1986 à 2000, la mortalité des enfants a baissé dans toutes les classes sociales. Malgré cette baisse globale, le graphique présente un retournement de tendances entre la première période (1986-1990) et la deuxième période (1991-1995), il y a eu une hausse de la mortalité des enfants dans toutes les classes sociales. Cette hausse de la mortalité est très élevée dans les classes moyennes et riches avec un pourcentage de changement de l'ordre de 29% chacun. Les autres classes présentent aussi une hausse de mortalité des enfants avec des pourcentages de changement de moins de 6% chacune. Cette situation de hausse de la mortalité des enfants s'arrête à la période (1991-1995) ou elle présente des pics pour toutes les classes sociales.

Cependant entre la deuxième période (1991-1995) et la troisième période (1996-2000), le graphique 4.3 montre une baisse très significative du niveau de mortalité des enfants dans toutes les classes sociales. Toutefois cette baisse est plus marquée dans les classes pauvres, moyennes et riches dont le pourcentage de changement est supérieur ou égale à 25%. Par contre la mortalité a plus baissé dans les classes des très pauvres que dans les classes des très riches avec respectivement des pourcentages de 12% et de 7%. Cela montre qu'il y a eu quand même une légère baisse des inégalités.

Graphique 4.3. Evolution du risque de décès des enfants selon le niveau de vie du ménage par années au Gabon;



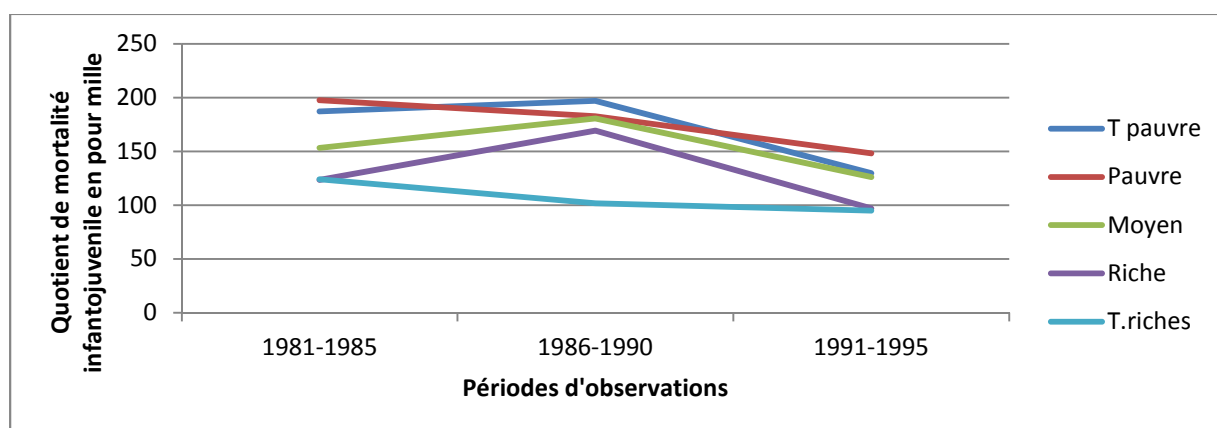
Source : exploitation des données de l'EDSG-I, 2000

4.1.4 Cas de la RCA

Pour le cas de la RCA, la relation entre le niveau de vie et la mortalité des enfants est très significative au seuil de 5% pour toutes les périodes considérées. Cependant, le graphique 4.4 montre que la mortalité des enfants a subi une augmentation entre la première période 1981-1985 et la deuxième période 1986-1990 là où elle présente des pics puis baisse entre la deuxième période et la troisième période 1990-1995 pour les classes très pauvres, moyennes et riches. Chez les très riches et les pauvres, la mortalité a amorcé une baisse sur toutes les périodes considérées. Les inégalités sociales ont baissé pour toutes les classes sociales. L'écart entre les très riches et les très pauvres s'est considérablement réduit.

Cette situation de hausse et de baisse de la mortalité des enfants dans les différentes classes sociales, montre qu'en RCA il y a eu un retournement de tendances de la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Graphique 4.4. Evolution du risque de décès des enfants selon le niveau de vie du ménage par années en RCA

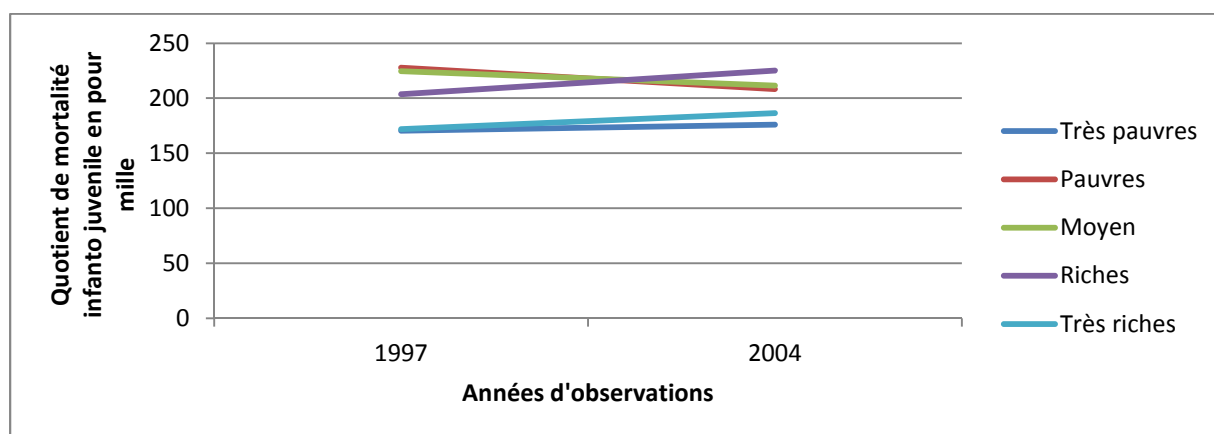


Source : Exploitation des données de l'EDSRCA-1, 1995

4.1.5 Cas du Tchad

D'après les résultats du graphique 4.5, au Tchad entre 1997 et 2004, la mortalité a baissé chez les classes pauvres et moyennes et elle a augmenté dans les autres classes. Contre toutes attentes, le niveau de mortalité le plus faible concernerait les enfants vivant dans les ménages les plus pauvres (mortalité infanto-juvénile de 176 ‰ contre 187 ‰ pour les ménages les plus riches). Ces résultats sont en complète contradiction avec les indicateurs sanitaires des enfants.

Graphique 4.5. Evolution du risque de décès des enfants selon le niveau de vie du ménage par années au Tchad :



Source : Exploitation des données des EDST I et II

D'après le rapport de l'EDST II, le niveau de mortalité des enfants avait été sous-estimé pour les deux EDS ; Il y a eu une incohérence dans les résultats de l'EDST-I que dans ceux de l'EDST-II concernant le quintile du bien être. En 1996-97, le niveau de mortalité le plus faible concernait les enfants vivant dans les ménages les plus pauvres (mortalité infanto-juvénile de 171 ‰ contre 172 ‰ pour les ménages les plus riches), alors que leur situation sanitaire et nutritionnelle était nettement beaucoup plus mauvaise que celle des enfants des ménages les plus riches. Il semble donc que, comme à l'EDST-II, le niveau de mortalité des enfants des ménages les plus pauvres et, à un moindre degré, le niveau de mortalité de l'ensemble des enfants, ait été sous-estimé à l'EDST-I. Il n'y aurait donc pas eu d'augmentation récente de la mortalité. La mortalité serait bien restée stable au cours des 20-25 dernières années, mais à un niveau légèrement plus élevé que ne l'indiquent les estimations des deux enquêtes. (EDS II Tchad, 2004).

En résumé, il semblerait que, de manière générale, le statut socio-économique apparaît comme un facteur important de différenciation de la mortalité des enfants de moins de 5 ans en Afrique Centrale. Ainsi les enfants issus des ménages les plus pauvres apparaissent comme les plus exposés au risque de mourir que ceux qui sont issus des ménages à niveau de vie élevé. Cependant, les changements constatés dans les tendances et niveau de mortalité selon les différentes classes sociales montrent qu'il y a eu retournement de tendances de la mortalité des enfants en Afrique Centrale et que ces changements s'expliquent aussi bien par le statut socioéconomique des ménages.

Selon que les changements observés dans la mortalité des enfants trouvent une part d'explication dans le statut socioéconomique des ménages, quel est alors la part qui est due à l'effet de performance et à l'effet de composition ? C'est l'objet de la seconde partie de ce chapitre.

4.2 Analyse de la décomposition sur l'évolution de la mortalité des enfants dans les pays de la CEMAC

Dans cette partie, il sera question d'examiner l'influence du statut socioéconomique des ménages sur la mortalité des enfants de moins de cinq ans à l'aide de la méthode de la décomposition. Cette décomposition se fait en deux phases : la première c'est la décomposition de base et la deuxième c'est la décomposition avancée.

Définition du problème

Il a été signalé dans la partie introductive que le but de cette étude est de voir dans quelle mesure le changement intervenu dans la mortalité infanto juvénile de ces dernières années, reflète des effets de composition ou des effets de performance. En appliquant la méthodologie adoptée au chapitre 3, les résultats se présentent comme suit pour chaque pays retenus.

4.2.1 Influence du statut socioéconomique du ménage sur la mortalité infanto juvénile au Congo

Dans cette section, l'analyse porte sur la décomposition appliquée à l'EDSC 1 du Congo sur les trois périodes considérées prises deux à deux.

❖ Analyse de la décomposition sur les périodes 1991-1995 et 1996-2000 au Congo

L'analyse de la décomposition de base pour ces périodes se résume dans le tableau suivant :

Tableau 4.1 : Décomposition de base au Congo : périodes 1991-1995 et 1996-2000

SSE	Période 1991-1995		Période 1996-2000		changement →	Effet de composition en %	Effet de performance en %
	5q0	% Enfants	5q0	% Enfants			
T. pauvres	156,94	0,234	158,49	0,232		-0,32	0,36
Pauvres	93,09	0,216	155,29	0,220		0,50	13,56
Moyen	90,16	0,198	137,76	0,200		0,23	9,47
Riches	82,27	0,178	122,83	0,183		0,51	7,32
T. riches	59,7	0,174	97,22	0,165		-0,71	6,36
Total						0,22	37,07
Moyenne annuelle	99,71	1	137	1	+37,29	0,58	99,42

Source : Exploitation des données de l'EDS C 1 CONGO

D'après les résultats de cette analyse de la décomposition de base , il ressort que, entre les périodes 1991-1995 et 1996-2000, il y a eu changement de mortalité des enfants et ce changement se traduit par une augmentation du risque de décès des enfants de moins de 5ans allant de 99,71 à 137 pour mille soit une hausse de 37,29 points. Ce changement de la mortalité des enfants est attribuable uniquement à l'effet de performance car les résultats de la décomposition le démontrent à 99,42%. Cela montre qu'à cette période il y a eu une dégradation du système sanitaire.

D'après le contexte du pays, pendant cette période, le Congo a connu plusieurs crises : le début des années 90 était marqué par une dévaluation du franc CFA et la chute des barils du pétrole (DSRP, 2007), ce qui a affaibli le système économique. Durant cette période le Congo a connu plusieurs crises sociopolitiques dont la plus grande fut le conflit armé de 1997 qui a sombré le pays dans un chaos total. Le système économique convalescent fut anéanti en entraînant une dégradation générale du système sanitaire. Ce qui a provoqué une détérioration réelle des conditions de vie des populations en général et de survie des enfants en particulier. A cet effet, il est nécessaire de faire une décomposition plus avancée pour voir à quel niveau reflète cette détérioration des conditions de survie des enfants. D'après les calculs, la décomposition avancée nous donne des résultats suivants.

Tableau 4.2 : Décomposition avancée au Congo : périodes 1991-1995 et 1996-2000.

SSE	Effet de performance			Contribution de chaque classe en %
	Performance de base	Différentielle des classes	Différentielle résiduelle	
Très pauvres	5,31	1,17	-6,12	0,97
pauvres	4,97	2,19	6,40	36,36
moyen	4,54	3,00	1,93	25,40
Riches	4,12	3,63	-0,43	19,63
Très riches	3,86	4,26	-1,77	17,05
Total	22,8	14,26	0,01	
Part de chaque variante en %	61,14	38,25	0,03	

Source : Exploitation des données EDSC 1, 2005

La décomposition avancée explique que le changement de la mortalité est du à la performance de base c'est à dire au niveau général de la mortalité qui le démontre à 61,14% et c'est la classe des pauvres qui contribue le plus à cette hausse de la mortalité des enfants pendant cette période pour un pourcentage de 36,36%.

Cela peut s'expliquer par le fait que, pendant le conflit armé il y'a eu une augmentation de la mortalité générale qui a touché toutes les couches sociales de la population et particulièrement les enfants de moins de cinq ans car ils constituent la couche la plus vulnérable de la population.

❖ Analyse de la décomposition sur les périodes 1996-2000 et 2001-2005 au Congo

La décomposition de base entre les périodes 1996-2000 et 2001-2005 résumé dans le tableau 4.3, montre une très forte baisse de la mortalité de 40,42 points et cela est dû à 102,21% soit 100% à l'effet de performance lequel effet fait référence à une amélioration du système sanitaire.

Tableau 4.3 : Décomposition de base au Congo : périodes 1996-2000 et 2001-2005

SSE	Période 1996-2000		Période 2001-2005		changement ⇒	Effet de composition en %	Effet de performance en %
	5q0	% Enfants	5q0	% Enfants			
T. pauvres	158,49	0,232	93,7	0,242		1,26	-15,36
Pauvres	155,29	0,220	129,65	0,222		0,28	-5,67
Moyen	137,76	0,200	98,81	0,214		1,66	-8,06
Riches	122,83	0,183	81,61	0,174		-0,92	-7,36
T. riches	97,22	0,165	66,09	0,148		-1,39	-4,87
Total						0,89	-41,31
Moyenne annuelle	137	1	96,53	1	- 40,42	-2,21	102,21

Source : Exploitation des données EDSC 1, 2005

Comme cette décomposition de base ne donne qu'une explication sommaire de ce changement appliquons une décomposition avancée pour pouvoir expliciter cet effet de performance.

Les résultats de la décomposition avancée (tableau 4.4) révèlent que la baisse de la mortalité infanto juvénile au Congo pour cette période était due à 138,30% (100%) à la performance de base c'est à dire qu'en cette période les conditions sanitaires se sont améliorées, ce qui a conduit à une baisse générale de la mortalité. Cela peut s'expliquer par le fait qu'au Congo, la période 2001-2005 est la période de l'après guerre. Une période qui a connu beaucoup de réformes surtout sur le plan sanitaire : des dons des organismes internationaux et des ONG accordé aux hôpitaux et aux pauvres, le rétablissement des infrastructures sanitaires détruites par la guerre et l'amélioration du système économique avec la découverte des nouveaux gisements de pétrole en 2002 car l'économie congolaise dépend à 80% du pétrole (DSRP 2007). Tout ceci a conduit à une nette amélioration du système sanitaire et des conditions de vie dans les ménages. Et c'est la classe des très pauvres qui a contribué plus à cette baisse à environ 37,99%.

Tableau 4.4 : Décomposition avancée au Congo : périodes 1996 -2000 et 2001-2005

SSE	Effet de performance			Contribution de chaque classe en %
	Performance de base	Différentielle des classes	Différentielle résiduelle	
Très pauvres	-13,25	1,23	-3,33	37,99
pauvres	-12,35	2,29	4,40	14,02
moyen	-11,57	3,22	0,29	19,95
Riches	-9,98	3,70	-1,08	18,20
Très riches	-8,75	4,05	-0,18	12,05
Total	-55,90	14,49	0,10	
Part de chaque variante en %	138,30	-35,84	-0,25	

Source : Exploitation des données EDSC 1 2005

4.2.2 Influence du statut socioéconomique du ménage sur la mortalité infanto juvénile au Cameroun

❖ Analyse de la décomposition appliquée aux EDS I et II du Cameroun

Après avoir appliqué une décomposition de base sur les données des deux premières EDS du Cameroun, le constat qui se dégage dans le tableau 4.5 est que la mortalité des enfants pendant cette période a subi une légère augmentation de +2. Cette augmentation est due à l'effet de composition (243,70%) et cet effet de composition est très élevé dans la classe des très pauvres. Ceci explique que la hausse de la mortalité des enfants au Cameroun à cette période était due à une augmentation de la proportion des enfants vivants dans la précarité car le pourcentage des enfants issus des ménages très pauvres a fortement augmenté passant de 0,18% en 1991 à 0,27% en 1998.

Tableau 4.5 : Décomposition de base au Cameroun EDS I et II

SSE	Année 1991		Année 1998		changement	Effet de composition en %	Effet de performance en %
	5q0	% Enfants	5q0	% Enfants			
T. pauvres	200,7	0,18	199,2	0,27	→	16,90	-0,33
Pauvres	171,1	0,23	161,7	0,19		-6,19	-1,99
Moyen	142,2	0,20	135,7	0,18		-2,29	-1,25
Riches	120,3	0,20	117,4	0,19		-1,24	-0,56
T. Riches	81,7	0,19	86,8	0,17		-1,72	0,92
Total						5,46	-3,22
Moyenne annuelle	144	1	146	1	+2	243,70	-143,70

Source : exploitation des données des EDSC I, II, III du Cameroun

D'après le contexte du pays, le Cameroun a traversé une crise économique pendant cette période. L'on peut supposer que cette crise a eu des effets néfastes sur l'économie du pays de tels effets ayant entraîné une dégradation des conditions de vie des ménages. Etant

donnée que le changement est faible (+2) inférieur à 5%, la décomposition avancée n'est pas nécessaire.

❖ Analyse de la décomposition appliquée aux EDS II et III du Cameroun

D'après les résultats du tableau 4.6, nous constatons que le taux de mortalité entre 1998 et 2004 n'a pas changé. La mortalité des enfants a stagné, Il n'y a pas eu de changement pendant cette période. Cette stagnation est due à l'effet de performance (320,98%). Cela suppose qu'il y a eu une amélioration du système sanitaire camerounais mais cette amélioration n'a produit aucun effet sur la mortalité des enfants. D'après le contexte du pays, cette période représente l'après crise, des progrès ont été réalisés sur le plan économique et sanitaire mais les efforts consentis pour l'amélioration des conditions économiques et sanitaires de la population n'étaient pas à la hauteur. Cette amélioration a permis juste de freiner le niveau de mortalité des enfants mais n'a pas contribué à la baisse de celle ci. Etant donné que le changement est nul, la décomposition avancée n'est pas nécessaire

Tableau 4.6 : Décomposition de base au Cameroun EDS II et III

SSE	Année 1991		Année 1998		changement ⇒	Effet de composition en %	Effet de performance en %
	5q0	% d'enfant	5q0	% d'enfant			
T. pauvres	199,2	0,27	188,7	0,25		-3,69	-2,69
Pauvres	161,7	0,19	161,8	0,20		1,09	0,02
Moyen	135,7	0,18	150	0,22		4,59	2,87
Riches	117,4	0,19	114,9	0,18		-0,70	-0,46
T. Riches	86,8	0,17	87,6	0,16		-1,21	0,13
Total						0,09	-0,13
Moyenne annuelle	146	1	146	1	0	-220,98	320,98

Source : Exploitation des données des EDSC II 1998 et EDS III, 2004 du Cameroun

4.2.3 Influence du statut socioéconomique du ménage sur la mortalité infanto juvénile au Gabon

Cette section présente l'analyse de la décomposition appliquée à l'EDSG I du Gabon sur les trois périodes considérées prises deux à deux.

❖ Analyse de la décomposition sur les périodes 1986-1990 et 1991-1995 au Gabon

Le tableau 4.7 ci après présente les résultats de l'analyse de la décomposition de base. Au Gabon, entre les périodes 1986-1990 et 1991-1995, le changement de la mortalité des enfants était de 12,52 points. Le quotient de mortalité a augmenté de 78,98 à 91,50 (pour mille). Cette hausse de la mortalité était due à 87,77% à l'effet de performance. Ces résultats montrent a priori que durant cette période, le système sanitaire gabonais a connu une dégradation. Il y a eu une baisse des investissements en matière de santé des enfants. Ce qui a entraîné une détérioration réelle des conditions de survie des enfants.

Tableau 4.7 : Décomposition de base au Gabon Périodes 1986-1990 et 1991-1995

SSE	Période 1986-1990		Période 1991-1995		changement ⇒	Effet de composition en %	Effet de performance en %
	5q0	% Enfants	5q0	% Enfants			
T. pauvres	106,76	0,194	110,97	0,214		2,18	0,86
Pauvres	92,59	0,181	97,49	0,193		1,14	0,92
Moyen	74,63	0,188	96,89	0,208		1,72	4,41
Riches	69,29	0,213	89,66	0,191		-1,75	4,11
T. riches	56,8	0,224	60,11	0,194		-1,75	0,69
Total						1,53	10,99
Moyenne annuelle	78,98	1	91,50	1	+12,52	12,23	87,77

Source : Exploitation des données de l'EDSG I 2000 du Gabon

Comme l'effet de performance à 3 variantes, dégageons la contribution de chaque variante à l'aide d'une décomposition avancée.

Tableau 4.8 : Décomposition avancée au Gabon : périodes 1986-1990 et 1991-1995

SSE	Effet de performance			Contribution de chaque classe en %
	Performance de base	Différentielle des classes	Différentielle résiduelle	
Très pauvres	1,41	0,28	-0,83	6,86
pauvres	1,29	0,51	-0,89	7,32
moyen	1,37	0,81	2,23	35,20
Riches	1,39	1,11	1,61	32,87
Très riches	1,44	1,43	-2,18	5,53
Total	6,90	4,14	-0,06	
Part de chaque variante en %	55,11	33,10	-0,44	

Source : Exploitation des données de l'EDSG-1, 2000

D'après les calculs résumés dans le tableau 4.8, la décomposition avancée énonce que cette hausse de la mortalité des enfants est due essentiellement à la performance de base qui l'explique à 55,11%. Ce résultat stipule que pendant cette période au Gabon, la mortalité s'est généralisée à tous les niveaux et c'est la classe des ménages ayant un niveau de vie moyen qui contribue le plus à cette augmentation à 35,20%.

❖ Analyse de la décomposition sur les périodes 1991-1995 et 1996-2000

Au regard de cette analyse de la décomposition de base, les résultats qui en ressortent dans le tableau 4.9 montrent que la mortalité infantile au Gabon avait baissé. Le taux de mortalité des enfants est passé de 92 pour mille pendant la période 1991-1995 à 73 pour

mille pendant la période 1996-2000, soit un changement de 18,55 points. Cette baisse a été provoquée à 100,28% soit 100% par un effet de performance. Comme cette baisse s'explique par l'effet de performance, cela suppose qu'il y a eu amélioration du système sanitaire Gabonais.

Tableau 4.9 : Décomposition de base au Gabon Périodes 1991-1995 et 1996-2000

SSE	Période 1991-1995		Période 1996-2000		changement	Effet de composition en %	Effet de performance en %
	5q0	% Enfants	5q0	% Enfants			
T. pauvres	110,97	0,214	97,44	0,217	⇒	0,31	-2,92
Pauvres	97,49	0,193	73,91	0,19		-0,26	-4,52
Moyen	96,89	0,208	71,86	0,203		-0,42	-5,14
Riches	89,66	0,191	63,16	0,198		0,53	-5,15
T. riches	60,11	0,194	55,56	0,192		-0,12	-0,88
Total						0,05	-18,61
Moyenne annuelle	91,50	1	72,95	1	-18,55	-0,28	100,28

Source : Exploitation des données de l'EDSG I, 2000

Une décomposition plus avancée de ces résultats présentés dans le tableau 4.10 le prouve en ce sens que cette baisse de la mortalité des enfants est liée à 124, 50% (soit 100%) à la performance de base.

Tableau 4.10 : Décomposition avancée au Gabon : périodes 1991-1995 et 1996-2000

SSE	Effet de performance			Contribution de chaque classe en %
	Performance de base	Différentielle des classes	Différentielle résiduelle	
Très pauvres	-4,98	0,32	1,74	15,71
pauvres	-4,42	0,57	-0,67	24,34
moyen	-4,75	0,92	-1,32	27,72
Riches	-4,49	1,17	-1,83	27,78
Très riches	-4,46	1,45	2,13	4,73
Total	-23,10	4,43	0,06	
Part de chaque variante en %	124,50	-23,90	-0,32	

Source : Exploitation des données de l'EDSG-I, 2000

Ce résultat explique qu'après le retournement important constaté pendant les périodes 1986-1990 et 1991-1995, le gouvernement gabonais a mis en œuvre les moyens pour améliorer le système sanitaire dans le pays, d'où les résultats montrent une baisse généralisée de la mortalité dans tous les niveaux sans distinction de couches sociales et c'est la classe des riches qui contribue le plus à cette baisse.

4.2.4 Influence du statut socioéconomique du ménage sur la mortalité infanto juvénile en RCA

❖ Analyse de la décomposition sur les périodes 1981-1985 et 1986-1990 en RCA

La décomposition de base pour la période 1981-1985 en RCA (Tableau 4.11) affiche un changement (la hausse) de la mortalité des enfants de 10,68 points. Cette augmentation était due à 68,53% à l'effet de performance. Cela montre qu'à cette période il y a eu dégradation du système sanitaire centrafricain. Ce qui a entraîné une détérioration réelle des conditions de survie des enfants.

Tableau 4.11 : Décomposition de base en RCA périodes 1981-1985 et 1986-1990

SSE	Période 1981-1985		Période 1986-1990		changement ⇒	Effet de composition en %	Effet de performance en %
	5q0	% Enfants	5q0	% Enfants			
T. pauvres	187,21	0,203	196,92	0,223		3,84	2,07
Pauvres	197,39	0,191	182,58	0,208		3,23	-2,95
Moyen	153,11	0,194	180,57	0,207		2,17	5,51
Riches	123,41	0,170	169,13	0,163		-1,02	7,61
T. riches	124,04	0,242	101,76	0,199		-4,85	-4,91
Total						3,36	7,32
Moyenne annuelle	156,41	1	167,09	1	+10,68	31,47	68,53

Source : Exploitation des données de l'EDSRCA 1995

Une décomposition plus avancée de ces résultats explique que cette hausse de la mortalité des enfants est liée à 95,50% à la performance de base c'est à dire que la mortalité générale a augmenté et ce sont les enfants issus des ménages du niveau de vie moyen qui contribuent le plus (71,27%) à cette hausse. D'où le tableau 4.12

Tableau 4.12 : Décomposition avancée en RCA Périodes 1981-1985 et 1986-1990

SSE	Effet de performance			Contribution de chaque classe en %
	Performance de base	Différentielle des classes	Différentielle résiduelle	
Très pauvres	2,17	-0,07	-0,03	19,36
pauvres	2,03	-0,14	-4,85	-27,66
moyen	2,05	-0,20	3,67	71,27
Riches	1,70	-0,23	6,14	51,55
Très riches	2,25	-0,37	-6,79	-46,00
Total	10,20	-1,01	-1,87	
Part de chaque variante en %	95,50	-9,49	-17,48	

Source : exploitation des données de l'EDSRCA I, 1995

❖ Analyse de la décomposition sur les Périodes 1986-1990 et 1991-1995 en RCA

Ces résultats montrent dans le tableau 4.13 que pour les périodes 1986-1990 et 1991-1995, la mortalité infanto juvénile en RCA a baissé de 46,08 points. Ce fort changement est dû à 103,33 % soit 100% à l'effet de performance. Cela démontre que les conditions sanitaires ont été améliorées.

Tableau 4.13 : Décomposition de base en RCA Périodes 1986-1990 et 1991-1995

SSE	Période 1986-1990		Période 1991-1995		changement	Effet de composition en %	Effet de performance en %
	5q0	% Enfants	5q0	% Enfants			
T. pauvres	196,92	0,223	129,59	0,24	⇒	2,78	-15,59
Pauvres	182,58	0,208	148,23	0,205		-0,50	-7,09
Moyen	180,57	0,207	126,3	0,204		-0,46	-11,15
Riches	169,13	0,163	97,15	0,186		3,06	-12,56
T. riches	101,76	0,199	95,03	0,165		-3,35	-1,22
Total						1,54	-47,62
Moyenne annuelle	167,09	1	121	1	-46,08	-3,33	103,33

Source : Exploitation des données de l'EDSRCA-1, 1995

Mais cette décomposition de base ne donne qu'une explication sommaire de ce changement. Appliquons une décomposition avancée pour pouvoir expliciter cet effet de performance.

Tableau 4.14 : Décomposition avancée en RCA Périodes 1986-1990 et 1991-1995

SSE	Effet de performance			Contribution de chaque classe en %
	Performance de base	Différentielle des classes	Différentielle résiduelle	
Très pauvres	-16,67	1,93	-0,85	33,82
pauvres	-14,87	3,45	4,33	15,39
moyen	-14,80	5,15	-1,50	24,20
Riches	-12,56	5,83	-5,82	27,26
Très riches	-13,10	7,60	4,28	2,66
Total	-72,00	23,96	0,43	
Part de chaque variante	156,24	-51,99	-0,92	

Source : Exploitation des données de l'EDSRCA I, 1995

D'après le tableau 4.14 issu de la décomposition avancée, la baisse de la mortalité infanto juvénile en RCA durant cette période était due à 156,24% à la performance de base. Cela montre qu'en cette période les conditions sanitaires se sont améliorées en occasionnant une baisse générale de la mortalité. Cette amélioration a été profitable pour toutes les classes sociales et c'est la classe des plus pauvres qui contribue le plus à cette baisse avec un pourcentage de 33,82%.

4.2.5 Influence du statut socioéconomique du ménage sur la mortalité infanto juvénile au Tchad

❖ Analyse de la décomposition appliquée aux EDS I et II du Tchad

Etant donné la surestimation des données, l'analyse de la décomposition de base montre qu'au Tchad entre les EDS 1997 et 2004, la mortalité des enfants a légèrement augmenté de +2. Ce changement est dû à 52,94% à l'effet de composition et 47,06% à l'effet de performance. Comme le changement est faible (+2) inférieur à 5%, la décomposition avancée n'est pas nécessaire.

Tableau 4.15 : Décomposition de base au Tchad EDS I et II

SSE	Année 1997		Année 2004		changement ⇒	Effet de composition en %	Effet de performance en %
	5q0	% Enfants	5q0	% Enfants			
Très pauvres	170,6	0,19	176	0,16		-4,70	0,94
Pauvres	227,8	0,27	208,2	0,22		-11,15	-4,88
Moyen	224,5	0,17	211,5	0,20		6,48	-2,36
Riches	203,5	0,18	225	0,23		10,28	4,48
Très Riches	172	0,19	186,5	0,19		0,11	2,72
Total						1,01	0,90
Moyenne annuelle	202	1	204	1	+2	52,94 %	47,06 %

Source : Exploitation des données de l'EDSRCA-1, 1995

Que peut-on tirer des résultats de la décomposition dans les cinq pays de l'Afrique Centrale considérés ?

Tableau 4. 16: Synthèse des résultats de la décomposition de base

Pays	Périodes des EDS	Changement	Résultats de la décomposition	
			% composition	% performance
Cameroun	1991 /1998	+ 2	243,70	-143,70
	1998/2004	0	-220,98	320,98
Congo	Période1/Période2	+37,29	0,58	99,42
	Période1/Période2	-40,42	-2,21	102,21
Gabon	Période1/Période2	+12,42	12,23	87,77
	Période1/Période2	-18,55	-0,28	100,28
RCA	Période1/Période2	+10,68	31,47	68,53
	Période1/Période2	-46,08	-3,33	103,33
Tchad	1997 /2004	+2	52,94	47,06

Source : Résultat de la décomposition issue des différentes EDS de chaque pays

La décomposition de base a permis de déterminer la part qui est attribuable à chaque effet. Ainsi, qu'il s'agisse de la baisse ou de la hausse du risque de décès des enfants, les changements observés au Congo, au Gabon et en RCA sont plus liés à l'effet de performance ; cela montre que dans ces pays et quelque soit le niveau de vie du ménage, les changements

dans la mortalité sont très corrélés au système sanitaire des pays. Lorsqu'il y a dégradation du système sanitaire, la mortalité des enfants augmente, elle baisse à la suite d'une amélioration de ce dernier.

Cependant au Tchad et au Cameroun, c'est l'effet de composition qui domine c'est à dire que dans ces deux pays il y a eu accroissement du pourcentage d'enfants vulnérables lié à une augmentation du nombre de familles pauvres et un accroissement du pourcentage d'enfants vulnérables lié à une augmentation de la fécondité relative aux familles pauvres. Etant donné que, dans ces deux derniers pays le changement est très faible, la décomposition avancée n'a pas été nécessaire. Par contre la décomposition avancée pour le Congo, le Gabon et la RCA a permis de déterminer les résultats suivants :

Tableau 4. 17: Synthèse des résultats de la décomposition avancée

	Périodes	Effet de performance		
		Performance de base	Différentielle des classes	Différentielle résiduelle
Congo	Période1/Période2	oui	-	-
	Période1/Période2	oui	-	-
Gabon	Période1/Période2	oui	-	-
	Période1/Période2	oui	-	-
RCA	Période1/Période2	oui	-	-
	Période1/Période2	oui	-	-

A la suite de cette décomposition avancée, le Congo, le Gabon et la RCA présentent une mortalité de base pour les deux périodes. Cela suppose que dans ces pays, les changements de la mortalité des enfants sont plus liés à l'effet de la mortalité générale c'est à dire du niveau général de la mortalité qui touche tout le monde.

CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS

Au niveau différentiel: le SSE du ménage est un déterminant important de la mortalité des enfants et explique les changements de la mortalité des enfants de moins de cinq ans au niveau national et au niveau des différentes classes sociales.

Au niveau de la décomposition : l'analyse de la décomposition a montré que les changements de la mortalité des enfants selon le statut socioéconomique dans les pays de la CEMAC sont dus à l'effet de performance et à l'effet de composition.

En définitive, c'est l'effet de performance qui domine dans l'explication du changement de la mortalité des enfants dans les pays de la CEMAC. La mortalité des enfants augmente plus avec une dégradation du système sanitaire et elle baisse avec une amélioration

de ce dernier. L'état des services de santé liés aux problèmes macroéconomiques des pays et les inégalités liées aux statuts sociaux économiques des ménages sont des causes du changement de mortalité des enfants observé ces dernières décennies.

Bilan de la vérification empirique de l'hypothèse du travail

Pays	hypothèse
Congo	Non affirmée
Cameroun	Affirmée
Gabon	Non affirmée
RCA	Non affirmée
Tchad	Affirmée

L'hypothèse est affirmée au Cameroun et au Tchad, par contre elle reste non affirmée au Congo, au Gabon et en RCA. Cela montre que dans ces 3 derniers pays, le changement des tendances de la mortalité des enfants n'est pas dû à un effet de composition lié à une contribution de la proportion d'enfants vivants dans la pauvreté mais plutôt à d'autres facteurs comme l'état du système sanitaire qui mérite une attention particulière.

Recommandations

D'après les résultats de cette étude, il serait important de formuler quelques recommandations concernant les actions à mener afin de pouvoir orienter les politiques et les programmes de santé publique dans les pays de la CEMAC.

Ainsi, les actions que nous proposons s'inscrivent pour certaines, dans les actions déjà entreprises depuis la déclaration d'Alma-Ata (1978) à l'Initiative de Bamako (1987) car presque tous les pays de l'Afrique Centrale ont pris part à cette conférence. Il faudra mettre en place une stratégie visant à :

- Promouvoir un mode de financement des systèmes de santé basé sur la performance ;
- Améliorer et accentuer l'offre des soins, les programmes de soins préventifs et curatifs
- décentraliser les interventions et faciliter l'accès aux services de santé des enfants de moins de cinq ans au profit des familles pauvres ;
- Améliorer les compétences des travailleurs du secteur sanitaire ;
- Déployer les équipements et le personnel sanitaires sur tout l'ensemble du territoire national pour réduire les disparités géographiques et les inégalités sociales en matière de mortalité des enfants tout en encourageant le personnel sanitaire servant dans les zones d'accès difficile ;
- Investir en matière de santé publique dans la construction d'infrastructures et la dotation des structures existantes en matériels adéquats permettant de lever en permanence les défis ;
- Réduire le coût financier d'accès à certains services et améliorer des possibilités et modalités de paiements, améliorer la qualité des services de l'information et de l'éducation des populations. Par ailleurs, le fonctionnement des systèmes de soins doit se faire en tenant compte des aspects socio-économiques des plus vulnérables ;
- Faire des campagnes "mère en bonne santé, enfant en bonne santé" afin d'améliorer les conditions sanitaires dans les zones les plus pauvres et défavorisées ;

BIBLIOGRAPHIE

➤ Chapitres d'ouvrages

AKOTO et TABUTIN, 1989, Les inégalités socio-économiques et culturelles devant la mort, in : Pison G., Van de Walle E. et Sala-Diakanda M. (éds.), *Mortalité et société en Afrique*, pp.35-63- Paris, INED, PUF, 446p.

HUGON Philippe 2007, Variables démographiques, éducation et santé en Afrique, in benoit ferry (dir), *l'Afrique face à ses défis Démographique, un avenir incertain*, Paris AFD - CEPED-KARTHALA, p 155-195.

TABUTIN Dominique 1995, Transitions et théories de mortalité, in Hubert Gérard et Victor Piché (dir.), *La sociologie des populations*, Montréal, PUM/AUPELF-UREF, p.257-288.

VALLIN Jacques et BARBIERI Magali, 1996, Les conséquences de la crise économique africaine sur l'évolution de la mortalité, in Coussy jean et Vallin jacques (dir), *Crise et population en Afrique*, coll. Les études du CEPED n°13, Paris, p321-343.

➤ Ouvrages

AKOTO Eliwo,1985, Mortalité infantile et juvénile en Afrique. Niveaux et caractéristiques, Causes et déterminants, Département de Démographie, Université Catholique de Louvain, 273p.

DESGREES DU LOU Annabel, 1996, Sauver les enfants : le rôle des vaccinations, coll. Les études du CEPED n°12, Paris, p131

ELOUNDOU-ENYEGUE Parfait, 2010, Comprendre le changement social édition Mediat Print. 74p.

GENDREAU Francis et CANTRELLE Pierre, 1989, Prospective des déséquilibres mondiaux-démographie et santé, coll. Les dossiers du CEPED n°7, Paris, 33p.

MUDUBU Konate, 1996, Mortalité infantile et juvénile au Togo: Contribution des facteurs socioculturels, Cahier de l'IFORD, n° 11, Yaoundé, 85p.

➤ Thèse

BENINGUISSE Gervais., (2003), Entre tradition et modernité, Fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun, thèse de Doctorat, Université Catholique de Louvain, 297p.

➤ Communication

ELOUNDOU-ENYEGUE P., BÉNINGUISSÉ G., OWOUNDI JP., 2009, *Reversals in Child Survival in Cameroun: Influence of Economic, Demographic and Policy Context*, Detroit (USA), (Paper presented at PAA Conference Detroit (USA), 29 April-2 May, 2009) 15p

➤ Documents, rapports et supports de travail

L'UNICEF (2008) Situation des enfants en Afrique 2008. La survie de l'enfant, New York (USA), 60p.

EDSC 2004 : Rapport final de l'Enquête Démographique et de Santé du Cameroun en 2004

EDSC-1 2005 : Rapport final de l'Enquête Démographique et de Santé 1 du Congo en 2005

EDSG 2000 : Rapport final de l'Enquête Démographique et de Santé du Gabon en 2000

EDSRCA 1995 : Rapport final de l'Enquête Démographique et de Santé de la RCA en 1995