

# MORBIDITÉ, MORTALITÉ : problèmes de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective.

*Colloque international de Sinaia (2-6 septembre 1996)*



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

**AIDELF**

# La mortalité selon le sexe des jeunes enfants en Chine

Yves BLAYO

Institut National d'Études Démographiques, Paris, France

## 1 - Structure de la mortalité selon le sexe

On admet communément, et on observe dans la plupart des populations, que la mortalité féminine est inférieure, à tous les âges, à la masculine (sauf si la mortalité maternelle est très élevée). On le vérifie, en particulier, pour la mortalité des jeunes enfants. Dans une population traitant de la même façon les enfants des deux sexes, soumis au même environnement physique et socioculturel et placés dans les mêmes conditions sanitaires et d'alimentation, les probabilités de décès des petites filles sont inférieures à celles garçons du même âge. Par conséquent, le rapport du quotient masculin de mortalité au quotient féminin  $y$  est toujours supérieur à l'unité. Un rapport inférieur à 1 indique naturellement une surmortalité féminine absolue.

Dans les tables types de mortalité des Nations Unies, la masculinité de la mortalité (égale au rapport :  $100 \times q_m / q_f$ ) diminue à 0 an de 129 pour le niveau 1 ( $q_0 = 22,5 \text{ ‰}$  pour les garçons et  $17,5 \text{ ‰}$  pour les filles) à 112 pour le niveau 25 ( $q_0 = 190$  et  $170 \text{ ‰}$ , respectivement). À ces niveaux de mortalité (1 et 25), les rapports des probabilités de décès à 1-4 ans selon le sexe sont de 118 et 100 (N.U., 1956). Pour une mortalité infantile inférieure à  $70 \text{ ‰}$ , la masculinité des quotients atteint 127 pour les décès infantiles, et 114 à 1-4 ans (N.U., 1954) : des rapports supérieurs à 100 mais inférieurs à ces valeurs sont le signe d'une surmortalité relative des petites filles.

La structure générale de la mortalité présente des exceptions dans lesquelles, à certains âges, la mortalité des petites filles est supérieure à celle des garçons : bien que les garçons soient en général plus vulnérables aux maladies du jeune âge, un traitement inégal peut effacer l'avantage biologique des filles dans les sociétés de type patriarcal manifestant une préférence marquée pour les fils.

Dans plusieurs pays en développement, dont la mortalité masculine à 0 an et dans l'ensemble du groupe quinquennal 0-4 ans est supérieure à celle des filles, et où il semble donc que la structure de la mortalité suive la loi commune, un examen plus minutieux, selon l'âge en mois dans la première année, et par année de 0 à 4 ans révolus, aboutit à des résultats contrastés. Au cours de la première année, la mortalité des garçons dépasse bien celle des filles à moins d'un mois, mais la mortalité féminine est, au contraire, plus élevée que la masculine à 1-11 mois : l'observation de l'ensemble des douze mois masque ce résultat, en raison du poids déterminant de la mortalité néonatale dans la mortalité infantile. De même, la mortalité des filles à 1-4 ans dépasse souvent celle des garçons, qui reste néanmoins supérieure dans l'ensemble du groupe 0-4 ans parce que leur mortalité infantile, beaucoup plus forte que celle des filles, est prépondérante dans celle du groupe d'âge quinquennal. La surmortalité masculine du premier mois, conforme à l'attente, disparaît à 1-11 mois et à 1-4 ans.

Selon l'enquête mondiale sur la fécondité, la mortalité infantile des filles dans 27 pays en développement est inférieure à celle des garçons, comme il est habituel; mais le quotient féminin de mortalité à 1 an ( ${}_1q_1$ ) est supérieur à celui des garçons dans 14 pays, et il l'est, à 2-4 ans ( ${}_3q_2$ ), dans 19 pays (Rutstein, 1983).

Un des rapports des Enquêtes Démographiques et Sanitaires relatif à 28 pays en développement (Sullivan *et al.*, 1994) donne aussi plusieurs exemples de ces exceptions à

ce qu'il appelle « une structure qui semble déterminée génétiquement ». La mortalité infantile des garçons est supérieure à celle des filles dans 27 pays; dans tous, la mortalité néonatale des garçons dépasse celle des filles, mais, dans 10 d'entre eux, la mortalité post-néonatale est plus élevée chez les filles. La mortalité dans l'ensemble du groupe quinquennal 0-4 ans est, à trois pays près, partout supérieure chez les garçons, mais celle du seul groupe 1-4 ans (4q1) est inférieure chez les garçons dans 20 cas.

Dans ces pays, la fécondité est en général suffisamment élevée pour que chaque couple puisse raisonnablement escompter mettre un garçon au monde; elle est conjuguée à une forte mortalité des enfants des deux sexes, à 0 an et à 1-4 ans. Cependant, à certains âges, les filles meurent plus que les garçons survalorisés, protégés par un statut conduisant leurs parents à leur accorder une meilleure alimentation et des soins plus attentifs qu'aux filles. La stratégie des couples vise à maximiser la probabilité de survie des garçons mis au monde, éventuellement aux dépens de celle de leurs sœurs. Cette situation est, en Asie, celle de l'Iran, du Pakistan, du Népal, de l'Inde, du Sri Lanka, du Bangladesh, de la Thaïlande; elle est aussi celle de pays à faible fécondité, comme la Corée du Sud et la Chine.

La situation sanitaire en Chine populaire est bien meilleure que celle de la plupart des pays en développement : les grands fléaux ont disparu, il existe depuis le début des années soixante-dix un réseau sanitaire couvrant le pays, etc. Vers 1990, l'espérance de vie à la naissance (sexes réunis) est de l'ordre de 70 ans. La mortalité des enfants de moins de 5 ans est peu élevée. La mortalité infantile, 50 ‰ en 1991 (Lin *et al.*, 1996), est bien au-dessous du niveau observé dans la plupart des pays en développement (en 1985-1990, 119 au Bangladesh, 96 en Inde, etc.). Ces conditions relativement favorables devraient par conséquent conduire à une structure biologiquement « normale » de la mortalité des enfants selon le sexe. Tel n'est pourtant pas le cas, et la structure aberrante de la mortalité des enfants décrite plus haut existe aussi dans la Chine de la décennie quatre-vingt. En 1990, la masculinité des quotients de mortalité y est de 86 à 0 an et 95 à 1-4 ans. Les chiffres correspondants sont 104 et 116 en Corée du Sud (Goodkind, 1996), pays où pourtant la préférence pour les fils est aussi forte et les rapports de masculinité à la naissance du même ordre qu'en Chine; à Taiwan, ils atteignent, à la même date, 113 à moins d'un an et 114 à 1-4 ans. Dans ces deux pays, ils indiquent une surmortalité relative des filles à 0 an, et une situation conforme à 1-4 ans aux normes des N.U. (1954).

## 2 - L'enregistrement des événements démographiques en Chine

Il faut d'abord examiner la qualité des données, et s'assurer qu'elle ne brouille pas l'image de la structure de la mortalité.

Selon les règlements du 9 janvier 1958 sur l'enregistrement des ménages, le délai de déclaration est fixé à 1 mois pour les naissances; les décès doivent être déclarés avant l'inhumation dans les zones urbaines, et dans le mois de l'événement dans les villages : la longueur de ces délais ne contribue évidemment pas à améliorer la qualité de l'enregistrement. Dans la pratique, un décès d'enfant dont la naissance n'a pas été déclarée ne l'est pas non plus.

En outre, la préférence pour les enfants mâles est une source de biais dans l'enregistrement : une naissance masculine risque d'être plus volontiers et plus rapidement déclarée que celle d'une fille. Pour celle-ci, le "destin" peut faire qu'un décès précoce permette aux parents d'essayer une nouvelle fois d'avoir un garçon.

Plusieurs circonstances favorisent le sous-enregistrement des naissances et des décès précoces, ainsi que l'infanticide à la naissance et l'abandon de l'enfant.

– La proportion des naissances qui se produisent à domicile est élevée. Parmi les naissances survenues dans les zones rurales au cours des cinq années précédant la 1ère

phase l'enquête approfondie (1985), 22 % ont eu lieu ailleurs qu'à l'hôpital ou à la clinique dans la municipalité de Shanghai, 88 % au Shaanxi et 90 % au Hebei; ces proportions sont de 46 % dans la municipalité de Pékin, 72 % dans la province du Gansu, 80 % au Liaoning et au Shandong, et 96 % au Guizhou (2ème phase, 1987). Elles augmentent d'autant plus que les naissances sont éloignées de la date de l'enquête.

– La fréquence de l'assistance (docteur, infirmière, sage-femme) à l'accouchement est faible. Au cours des cinq années précédant la 1ère phase, la part des parturientes rurales n'ayant bénéficié d'aucune assistance est inférieure à 5 % dans la municipalité de Shanghai, mais elle atteint 64 % au Hebei et 80 % au Shaanxi, et, avant la 2ème phase, 17 % au Liaoning, 40 % dans la municipalité de Pékin, 56 % au Shandong, 71 % au Guangdong, 79 % au Gansu et 90 % au Guizhou.

Dans ces conditions, les parents peuvent facilement présenter une naissance vivante comme une morti-naissance, ou prétendre qu'elle a été rapidement suivie d'un décès. Les cadres ont généralement intérêt à fermer les yeux sur un comportement qui aboutit à limiter la taille des familles et, par conséquent, ne compromet pas la réalisation du plan de naissances.

La défaillance de l'enregistrement des événements démographiques, qui a toujours été importante en Chine malgré l'encadrement politico-administratif de la population, s'est aggravée au cours de la décennie quatre-vingt. Les enquêtes annuelles du Bureau de statistiques estiment le sous-enregistrement des naissances à 9,5 % en 1982 et 22,6 % en 1983. Selon l'enquête au 2/1000 de 1988, il est passé de 18 % en 1982 à 44 % en 1987 (Xie C., 1990).

Le sous-enregistrement des décès est moins bien mesuré, mais est tel qu'il oblige à estimer le niveau de la mortalité à partir des enquêtes et des recensements. La qualité des résultats dépend alors de la diligence des individus à déclarer des décès parfois omis volontairement dans des cultures qui, comme la chinoise, préfèrent ne pas les mentionner. La mortalité infantile et celle des jeunes enfants, ainsi déterminées, sont encore largement sous-estimées (Université de Pékin, communication personnelle).

Le recensement de 1990 a donné l'occasion de recueillir des informations sur les naissances et les décès depuis le début de 1989, et d'évaluer le sous-enregistrement des décès. Pour 1989, il atteint, à moins d'un an, 36 % pour les garçons et 37 % pour les filles, et, à 1-4 ans, 31 et 45 % respectivement (Li S., 1994). La plus grande ampleur du sous-enregistrement des décès de filles par rapport à celui des garçons contribue à l'augmentation du rapport de masculinité de la mortalité des enfants. Autrement dit, les indices de surmortalité féminine n'en donnent qu'une limite inférieure.

### 3 - La mortalité des enfants.

#### 3.1 - La mortalité endogène et néonatale

La mortalité néonatale est due essentiellement à des causes endogènes (tares héréditaires, malformations congénitales, traumatismes de l'accouchement) sur lesquelles les parents n'ont que peu de prise, et qu'ils ne peuvent manipuler autrement que par l'infanticide. Après la période néonatale, le nombre de décès provoqués par des causes endogènes devient très faible; ils proviennent des facteurs exogènes (affections respiratoires, accidents alimentaires, et plus généralement péril extérieur, infectieux ou autre) que les parents peuvent influencer directement.

La part des décès endogènes dans les décès infantiles est variable selon les populations et dépend du niveau de la mortalité exogène. Toutefois, elle doit être voisine chez les garçons et chez les filles dans une même population. Par exemple, en 1935-1939, elle est proche, pour les

deux sexes, de 56 % en Suède, de 53 % en Norvège et en Angleterre-Galles, de 40 à 43 % en Hongrie, en Tchécoslovaquie et au Japon, de 36 % en France et en Italie.

Une enquête chinoise faite en 1986 indique que la part de la mortalité néonatale dans la mortalité infantile est un peu plus grande chez les garçons que chez les filles (69 et 67 %). La raison en est la plus forte mortalité relative des filles après 1 mois, résultat d'un traitement moins favorable qui provoque des décès exogènes. Cette enquête montre aussi que, pour les deux sexes, cette part est beaucoup plus élevée dans les grandes villes (500 000 habitants et plus) qu'à la campagne : mieux équipées en infrastructures sanitaires, elles ont une mortalité exogène plus faible, alors que la mortalité avant 1 mois, moins compressible, y reste voisine de celle des villages.

L'enquête de 1988 donne le nombre de décès de moins d'un an selon le sexe et l'âge en mois. L'analyse biométrique montre que la mortalité exogène des petites filles est supérieure à celle des garçons (55 % au moins dans les villages, contre 50 %), signe du meilleur traitement accordé à ceux-ci. La part de la mortalité néonatale dans la mortalité infantile, plus forte en ville pour les filles que pour les garçons (74 et 62 %) est au contraire plus faible dans les villages (55 et 58 %) pour les raisons déjà données.

Ce résultat n'est pas vérifié partout. Dans la 1ère phase (1985) de l'enquête approfondie, la part de la mortalité néonatale des filles dans la mortalité à 0 an dépasse celle des garçons au Shaanxi (75 et 65 %) et au Hebei (74 et 60 %) pour les naissances de 1980-1984. Dans la seconde phase de l'enquête (1987), pour les naissances de 1978-1987, il en va de même dans la province du Shandong (78 et 76 %) ; par contre, elle lui est inférieure dans la municipalité de Pékin (72 et 78 %), et dans les provinces du Guizhou (63 et 65 %) et du Gansu (66 et 67 %).

Selon les N.U. (1954), le rapport de masculinité de la mortalité néonatale des garçons à celle des filles est voisin de 130 lorsque la mortalité infantile est inférieure à 70 ‰ ; il est de l'ordre de 115 pour une mortalité infantile supérieure à 130 ‰. En 1974-1977, le taux de mortalité infantile dans le district de Matlab, au Bangladesh, est sensiblement le même pour les deux sexes (131 ‰), mais la mortalité néonatale est beaucoup plus forte chez les garçons : 78,2 ‰ pour le sexe masculin, 67,6 ‰ pour les filles ; le rapport est de 116. Cette valeur est cohérente avec l'observation générale d'une plus grande fragilité biologique des garçons : les décès avant 1 mois sont dus au risque endogène, hors de l'atteinte des parents, ou à des causes qui ne tiennent pas à une différence de traitement des enfants selon leur sexe (cas du tétanos ombilical). Pour la mortalité post-néonatale, la situation est renversée : taux de mortalité de 52,6 (s.m.) et 63,9 ‰ (s.f.), donnant un rapport de 82.

### 3.2 - L'ampleur de la surmortalité féminine

En Chine, la surmortalité des filles avant 5 ans s'est installée vers la fin des années soixante-dix, et s'est aggravée lourdement au cours de la décennie suivante.

En raison du sous-enregistrement des décès, le Bureau du recensement des E.U. a reconstitué la mortalité infantile pour la période 1953-1984 (Banister, 1987), en tenant compte notamment de la structure selon le sexe et l'âge observée lors du recensement de 1982. La mortalité infantile diminue pour les deux sexes depuis 1963 jusqu'en 1978, mais, tandis que celle des garçons poursuit sa baisse, la tendance de la mortalité infantile des filles s'inverse à partir de 1979 en passant à la hausse : les taux, très proches en 1978 (37 ‰ pour les garçons et 38 ‰ pour les filles), commencent à diverger pour atteindre respectivement 35 et 53 ‰ en 1981, et 34 et 67 ‰ en 1984. Pourtant, les données recueillies à l'occasion du recensement pour l'année 1981 mettent encore, à 0 an, la probabilité de décès des garçons au-dessus de celle des filles : 39,7 contre 37,5 ‰ (Liu, 1989). Ces valeurs, sous-estimées, ont fait l'objet de nombreuses corrections ; celle de Hao (1988) les porte à 45,3 et 43,3 ‰ respectivement. Selon Zhou (1987), la mortalité infantile des garçons serait légèrement

supérieure à celle des filles dans les zones urbaines (26,1 et 25,6 ‰), mais au contraire inférieure à la campagne (41,6 et 43,1).

Depuis 1981, au moins, la probabilité des filles de décéder entre le 1er et le 5ème anniversaire est plus grande que celle des garçons (17,7 contre 16,0 ‰, Université du Peuple, 1987); comme avant 1 an, la surmortalité féminine à 1-4 ans est plus importante dans les zones rurales (22,7 et 18,6 ‰, masculinité de 82) que dans les villes (10,4 et 8,9 ‰, masculinité de 86) (Zhou, 1987).

La surmortalité des filles avant 5 ans est confirmée par toutes les estimations ultérieures. Il arrive que l'estimation de la mortalité infantile des garçons soit supérieure à la féminine pour certaines années : l'enquête au 1/100 de 1987, qui fournit les taux de mortalité de 0 à 4 ans en 1986 par année d'âge et par sexe, indique une mortalité des garçons supérieure à celle des filles à 0 an, mais largement plus faible après le premier anniversaire.

Les quotients de mortalité à 1-4 ans en 1985-1988 (enquête au 2/1000 de 1988) atteignent respectivement 10,8 ‰ et 12,0 ‰ (masculinité de 89). Les données recueillies lors du recensement de 1990 fournissent des quotients de mortalité à 1-4 ans de 9,9 ‰ pour les garçons et 10,5 ‰ pour les filles (masculinité de 94).

En 1989,  $q_0$  est estimé à 32,2 pour les garçons et 36,8 ‰ pour les filles (masculinité de la mortalité infantile de 87), et 34,4 ‰ pour les deux sexes (Li S., 1994); cette valeur est très inférieure à la valeur proposée par Lin *et al.* (1996) pour 1991, 50,2 ‰, ce qui laisse supposer ou une brutale augmentation de  $q_0$  entre 1989 et 1991, ou une surestimation de la mortalité infantile de 1991, ou une sous-estimation du sous-enregistrement en 1989. D'après Lu *et al.* (1994),  $q_0$  ne vaut que 30,2 (s.m.) et 34,9 ‰ (s.f.), et  ${}_4q_1$  atteint 9,9 et 10,5 ‰, respectivement : le rapport de masculinité de la mortalité est, à 0 an, 87 également, et 94 à 1-4 ans.

La surmortalité féminine est très variable selon les provinces. À 0 an, le rapport du quotient masculin au féminin est conforme à la norme biologique à Shanghai seulement; il est beaucoup plus faible dans les autres provinces, et atteint 44 au Guangxi. À 1-4 ans, la masculinité de la mortalité est très élevée à Tianjin (138) et à Shanghai (127), et partout ailleurs inférieure aux valeurs attendues, notamment au Gansu (75), au Jiangxi et au Fujian (moins de 80), mais aussi dans des provinces du Sud-ouest, où le rapport est compris entre 80 et 87 (Guangxi, Guizhou, Sichuan).

Pour l'ensemble de la décennie quatre-vingt,  $q_0$  est estimé à 28,5 ‰ (s.m.) et à 33,2 ‰ (s.f.); les quotients de mortalité  ${}_4q_1$  seraient de 9,4 ‰ (s.m.) et 10,1 ‰ (s.f.), et leur rapport de 93 (Huang, 1991). L'enquête de 1992 apporte une confirmation de la dégradation croissante de la situation des petites filles : la mortalité infantile observée est alors de 30,7 ‰ pour les garçons et 41,8 ‰ pour les filles (rapport : 73), et le quotient à 1-4 ans de 6,8 et 11,4 ‰ (rapport : 60); la surmortalité des petites filles est nettement plus accentuée dans la population "agricole"<sup>(1)</sup> que dans la population « non-agricole » : rapport de 67 à 0 an et 59 à 1-4 ans dans la première, et 183 et 95, respectivement, dans la seconde (Jiang, 1995).

#### 4 - Les voies de la surmortalité féminine

Déjà pendant la grossesse, la préférence pour les fils conduit à l'avortement préférentiel des fœtus féminins. La détermination du sexe, bien qu'interdite, est un sous-produit des examens pratiqués systématiquement au cours de la grossesse pour déceler au

<sup>(1)</sup> La population « agricole » est celle dont la résidence administrative est assignée en zone rurale. Le terme « agricole » définit une catégorie administrative de population, et n'est lié ni à l'activité exercée, ni au lieu de résidence réel.

moyen de l'échographie une éventuelle anomalie du fœtus, qui oblige toujours la femme à subir un avortement.

La préférence pour les garçons peut se manifester lors de l'accouchement. Si les parents savent que la femme est enceinte d'une fille, le recours (payant) à une sage-femme ou à un infirmier sera moins fréquent que s'il s'agit d'un fils; de même, l'accouchement à domicile, moins coûteux qu'à la clinique ou à l'hôpital, mais aussi entouré de moins de garanties, peut être plus fréquent pour une fille que pour un garçon.

Si les parents ne connaissent pas à l'avance le sexe de l'enfant à naître, l'absence de présence étrangère à la famille au moment de l'accouchement facilite l'infanticide à la naissance, qui offre aux parents d'une nouveau-née une occasion supplémentaire de concevoir un garçon; bien établi et accepté dans la tradition chinoise, l'infanticide est parfois encouragé officiellement : la légalisation proposée de la « mort eugénique » des nouveau-nés de « qualité inférieure » pour améliorer la qualité de la population (Zhou X. et Li X., 1995) n'est pas de nature à détourner de l'infanticide ses auteurs potentiels; au contraire, elle renforce et légitime sa pratique dont la politique démographique a déjà accru la fréquence<sup>(2)</sup>. Bien que les autorités chinoises affectent de le considérer comme un acte exceptionnel, l'article 15 de la loi sur le mariage de 1981 a trouvé nécessaire de disposer qu'« est interdite la noyade du nouveau-né ou toute autre forme d'infanticide » ; il n'existe évidemment pas de données statistiques sur son importance.

Lorsque la fille survit après le premier mois, la préférence pour les fils conduit ses parents à intervenir sur les causes exogènes des décès à travers des facteurs devenus essentiels : allaitement, ration alimentaire, exposition à la maladie, soins à l'enfant, accès aux soins médicaux et à l'instruction, utilisation des services de santé, en adoptant à l'encontre des petites filles des pratiques discriminatoires susceptibles d'entraîner leur surmortalité. Le processus de sélection du sexe au moyen de soins différentiels permet d'influencer la composition selon le sexe des enfants survivants (Scrimshaw, 1978; Das Gupta, 1987). Il se traduit par une déformation de la structure de la mortalité aux jeunes âges, qui reflète l'« infanticide masqué » (Aguirre, 1966) des filles qu'on laisse mourir faute de soins suffisants, au mieux en laissant les choses se faire : au cours de la première année, la surmortalité des garçons à moins d'un mois fait place à celle des filles à 1-11 mois, qui se prolonge jusqu'au 5<sup>ème</sup> anniversaire. Le traitement moins favorable accordé aux filles dans la petite enfance transparaît aussi dans la part de leur mortalité à 1-4 ans dans la mortalité avant 5 ans, en général plus forte que chez les garçons.

#### 4.1 - L'abandon des filles.

Les Chinois ne livrent guère de données sur l'abandon des enfants; seules quelques informations fragmentaires, souvent d'ordre qualitatif, sont disponibles. Par exemple dans la province du Hunan, l'abandon et l'infanticide auraient diminué depuis les années cinquante jusqu'au début de la décennie soixante-dix, pour reprendre avec la mise en œuvre de la politique de l'enfant unique, de façon à en tourner les règlements (Johnson, 1996). Au Hunan, et dans la province du Hubei, le nombre d'abandons a augmenté très rapidement depuis la fin des années quatre-vingt, vraisemblablement en raison de la rigueur accrue de l'application de la politique de planification des naissances, qui a conduit les cadres à organiser les abandons (Johnson, 1996).

<sup>(2)</sup> La presse chinoise a relevé sa recrudescence au début des années 1980. Avec d'autres moyens, il a contribué à modifier le rapport de masculinité à la naissance, passé de 109 en 1981 à 115 en 1989 pour l'ensemble des naissances; celui des naissances survenues dans l'ensemble des familles, sans distinction de taille, atteint alors 105,5 pour celles de premier rang, 122 pour celles de rang 2, et 131 pour celles de rang 3.

Les enfants abandonnés sont très majoritairement des filles. 92 % des 16 000 enfants abandonnés au Hunan entre 1986 et 1990 qui ont été amenés à l'administration des Affaires civiles sont des filles. Le rapport de masculinité, parmi les enfants *adoptés*, passe de 55 en 1980 à 27 en 1987 (Johansson et Nygren, 1991).

La mortalité des enfants admis dans ces centres d'hébergement (dits de bien-être), privés de soins et de nourriture, est extrêmement élevée : elle atteindrait jusqu'à 900 ‰ dans certains orphelinats urbains, selon l'organisation humanitaire des États Unis Human Rights Watch (*Le Monde*, 9/1/1996; Johnson, 1996). L'abandon des enfants est ainsi une forme déguisée d'infanticide.

#### 4.2 - L'allaitement.

La différence de traitement entre les sexes commence dès le premier âge : dans certains pays, les garçons sont nourris au sein plus fréquemment et plus longtemps que les filles.

En Chine, dans la province du Shaanxi, la différence selon le sexe de la durée médiane d'allaitement des enfants nés en 1966-1969, avant la mise en œuvre du programme de limitation des naissances au début de la décennie soixante-dix, est peu importante. Chez les enfants nés en 1979-1983, après l'introduction de la politique de l'enfant unique, elle reste faible pour l'allaitement exclusif au sein (7,8 mois pour les filles et 7,6 mois pour les garçons), mais devient significative lorsque l'alimentation est mixte : 21,1 mois pour les filles et 23,9 mois pour les garçons. Ceci reflète, selon Tu (1991), une forte préférence pour les fils au Shaanxi.

En l'absence de développement socio-économique significatif dans la province, notamment dans les zones rurales, l'augmentation de la durée médiane d'allaitement, de 22,3 mois en 1982 à 28,0 mois en 1983 provient, en partie, de celle de l'intervalle avec la naissance suivante due à la campagne de naissances planifiées. Avec l'augmentation de l'intervalle, l'enfant a moins de chance d'être sevré pour cause de nouvelle conception. Cependant, la préférence pour les fils peut jouer un rôle dans l'espacement entre naissances en provoquant une sélection : après avoir donné naissance à une fille, les mères désirant un fils peuvent sevrer la fille plus tôt que si elles avaient eu un garçon et concevoir plus rapidement : même en l'absence de différence de traitement entre les deux sexes, les filles se trouveraient donc défavorisées.

#### 4.3 - La ration alimentaire.

Dans certaines régions du monde, la ration alimentaire des filles est nettement inférieure, quantitativement et qualitativement, à celle des garçons; elles courent par conséquent un risque plus élevé de malnutrition (Ravindran, 1986), qui augmente le risque d'infection et de maladie, retarde la croissance, et la maturité physiologique.

En Inde, où existe une forte surmortalité des filles, l'étude de Khanna a montré que les garçons reçoivent une alimentation plus abondante et de meilleurs soins médicaux que les filles (Scrimshaw, 1978). Das Gupta (1987) arrive à la même conclusion dans une étude sur un district rural du Penjab. Il n'existe pas, en Chine, d'information statistique sur l'importance de la ration alimentaire selon le sexe, et l'on peut seulement présumer que la préférence pour les fils conduit également à ce type de pratique.

#### 4.4 - L'utilisation des services de santé.

On ne dispose malheureusement pas non plus, pour la Chine, de données sur les admissions dans les services pédiatriques selon le sexe de l'enfant, et l'on se réfère à des populations du Bangladesh et de l'Inde, qui ont aussi une préférence très marquée pour les garçons. La situation y est différente de celle de la Chine à de nombreux égards, mais il n'existe pas une infinité de

moyens pour favoriser les garçons, et des techniques analogues sont utilisées dans les diverses cultures cherchant à préserver et à augmenter leurs chances de survie.

Une enquête de 1974 dans le district de Matlab donne une mesure indirecte de l'utilisation des services médicaux selon le sexe de l'enfant. Bien que l'incidence de la diarrhée ait été sensiblement la même chez les garçons et chez les filles, les garçons de moins de 5 ans ont été amenés beaucoup plus fréquemment que les filles au centre de soins du district, alors même que le traitement y était gratuit pour l'ensemble de la population étudiée, ainsi que le transport à la clinique par ambulance et hors-bord : 136 garçons pour 1 000 habitants, contre 82 filles (Chen *et al.*, 1981). En Inde, au Penjab, les dépenses des familles sont plus faibles pour les filles que pour les garçons pour les soins médicaux et pour l'habillement (Das Gupta, 1987).

En Chine, jusqu'aux réformes de la dernière décennie, les soins médicaux sont gratuits pour les personnes dépendant du secteur de l'économie d'État, cantonné presque exclusivement dans les zones urbaines; il en va différemment dans les zones rurales où prédomine le secteur collectif, et où les soins sont payants. Depuis les réformes, les citoyens doivent aussi rémunérer les soins médicaux. Par conséquent, lorsqu'une petite fille est souffrante, les parents peuvent hésiter plus longtemps avant de la conduire à la clinique ou à l'hôpital que s'il s'agit d'un garçon; cette temporisation peut conduire à une issue fatale, mais pas forcément redoutée. L'achat de médicaments est aussi moins immédiat que pour un fils survalorisé.

L'hypothèse d'une discrimination des fillettes quant aux soins médicaux a trouvé une vérification dans l'analyse du nombre de décès selon le sexe et l'âge en mois.

### Vue d'ensemble

Comme dans plusieurs autres pays en développement, il existe en Chine une surmortalité des filles jusqu'au 5ème anniversaire, au moins, après la période néonatale. Dans toutes les sociétés dans lesquelles elle apparaît, elle est la conséquence d'une forte préférence pour les garçons due à des raisons religieuses ou économiques. En Chine populaire, où elle s'est lourdement aggravée au cours des années quatre-vingt, la surmortalité féminine aux très jeunes âges est la résultante de plusieurs facteurs :

- d'un système social dans lequel l'État laisse à la famille le soin de s'occuper de ses vieux : l'absence d'un système généralisé de retraite oblige les parents à ne compter que sur leurs enfants pour assurer leurs vieux jours.
- de la virilocalité du système matrimonial : les filles ne peuvent tenir ce rôle auprès des vieux parents, puisqu'elles se marient à l'extérieur et ne sont que des membres provisoires de la famille. Les parents doivent, nécessairement, avoir un ou plusieurs fils.
- de la politique de naissances planifiées. La probabilité d'avoir un fils, très forte lorsque la fécondité est élevée, a beaucoup diminué en Chine au cours des années récentes avec l'obligation faite aux couples de limiter leur descendance à un très petit nombre d'enfants. Cette situation oblige les couples chinois à multiplier le nombre d'occasions d'avoir un fils en dépit des règlements.

Ils y parviennent au moyen de pratiques qui ne peuvent que renforcer la dévalorisation du statut de la femme chinoise : l'avortement sélectif des fœtus féminins, l'infanticide des filles à la naissance, la dissimulation des naissances de filles, l'abandon des nouveau-nées, et enfin en infligeant aux petites filles un traitement diminuant leurs probabilités de survie. Cette stratégie vise tout simplement à faire en sorte qu'un garçon puisse naître : les parents trouvent dans la manipulation de la mortalité des petites filles l'instrument pour modifier la composition de leur descendance selon le sexe.

Un effet de la politique démographique chinoise a été d'accentuer cette forme de discrimination sexuelle qu'est la surmortalité des filles à 1-11 mois et à 1-4 ans, dans ce pays où rien ne la justifie sinon la volonté des parents pris entre l'obligation de n'avoir qu'un très petit nombre d'enfants vivants et la nécessité d'avoir au moins un fils. Afin de promouvoir l'égalité des sexes, les autorités chinoises ont constamment assuré que "les femmes peuvent supporter la moitié du ciel"; encore faudrait-il qu'on les laissât vivre.

## RÉFÉRENCES

- AGUIRRE A., 1966 - « Colombia : The Family in Candelaria », *Studies in Family Planning*, vol. 1, n° 11.
- BANISTER Judith, 1987 - *China's Changing Population*, Stanford (Cal.), Stanford University Press, 488 p.
- CHEN LINCOLN C., EMDADUL HUQ, STAN D'SOUZA, 1981 - « Sex Bias in the Family Allocation of Food and Health Care in Rural Bangladesh », *Population and Development Review*, vol. 7, n° 1 (March 1981), p. 55-70.
- COALE ANSLEY J., BANISTER Judith, 1994 - « Five Decades of Missing Females in China », *Demography*, vol. 31, n° 3 (August 1994), p. 459-479.
- DAS GUPTA Monica, 1987 - « Selective Discrimination against Female Children in Rural Punjab, India », *Population and Development Review*, vol. 13, n° 1 (March 1987), p. 77-100.
- GOODKIND Daniel, 1996 - « On Substituting Sex Preference Strategies in East Asia : Does Prenatal Sex Selection Reduce Postnatal Discrimination ? », *Population and Development Review*, vol. 22, n° 1 (March 1996), p. 111-125.
- HAO HONGSHEN, E. ARRIAGA et J. BANISTER, 1988 - « Analysis of China' Province-specific Mortality », *Population Research*, vol. 5, n° 4, p. 1-16.
- HUANG RONGQING, 1994 - « Zhongguo 80 niandai siwang shuiping yanjiu » (Niveau de la mortalité en Chine au cours de la décennie 80), *Zhongguo renkou kexue*, n° 3, p. 1-11.
- JIANG ZHENGHUA, ed., 1995 - 1992 nian Zhongguo shengyulichouyang diaocha shujuji (Statistics of 1992 Fertility Sampling Survey in China), Pékin, Zhongguo renkou chubanshe, 885 p.
- JOHANSSON STEN, OLA NYGREN, 1991 - « The Missing Girls of China : A New Demographic Account », *Population and Development Review*, vol. 17, n° 1 (March 1991), p. 35-51.
- JOHNSON KAY, 1996 - « The Politics of the Revival of Infant Abandonment in China, with Special Reference to Hunan », *Population and Development Review*, vol. 22, n° 1 (March 1996), p. 77-98.
- LI SHUZHOU, 1994 - « 80 niandai Zhongguo renkou siwang shuiping he moshi de biandong fenxi » (Modifications du niveau et de la structure de la mortalité au cours de la décennie quatre-vingt en Chine), *Renkou Yanjiu*, vol. 18, n° 2, p. 37-44.
- LIN LIANGMIN *et al.*, 1996 - « Niveau et tendance de la mortalité infantile et de la mortalité avant 5 ans en Chine, 1991-1993 », *Renkou Yanjiu*, vol. 20, n° 4, p. 50-56.
- LIU SHUANG, 1989 - « Zhongguo ying'er siwanglü de chubu fenxi » (Analyse préliminaire du taux de mortalité infantile en Chine), *Renkou Yanjiu*, n° 3, p. 19-23.
- LU LEI, HAO HONGSHEN, GAO LING, 1994 - « 1990 nian Zhongguo fen sheng jianlue shengmingbiao » (Tables de mortalité abrégées en Chine, par province, 1990), *Renkou Yanjiu*, vol. 18, n° 3, p. 52-59; n° 4, p. 53-57; n° 5, p. 61-64; n° 6, p. 61-64.
- NATIONS UNIES, 1954 - *Mortalité fatale, mortalité des enfants du premier âge et mortalité des jeunes enfants*, vol. I : Statistiques, New York, Nations Unies, Études démographiques n° 13, 146 p. (p. 44).
- NATIONS UNIES, 1956 - *Schémas de variation de la mortalité selon le sexe. Tables types de mortalité pour les pays sous-développés*, New York, Nations Unies, Études démographique n° 22, 40 p.

- NATIONS UNIES, 1986 - *Age Structure of Mortality in Developing Countries, A data Base for Cross-Sectional and Time Series Research*, United Nations, New York, 267 p.
- PEBLEY Anne R., Sajeda Amin, 1991 - *The Impact of Public Health Interventions on Sex Differentials in Childhood Mortality in Rural Punjab, India*, New York, The Population Council, Working Papers n° 24, 39 p.
- RAVINDRAN SUNDARI, 1986 - *Health Implications of Health Discrimination in Childhood*, WHO/UNICEF/FHE 86.2., Genève, OMS et UNICEF.
- RUTSTEIN SHEA Oscar, 1983 - *Infant and Child Mortality : Levels, Trends and Demographic Differentials*, Voorburg, International Statistical Institute, World Fertility Survey, Comparative Studies n° 24, 124 p.
- SCRIMSHAW Susan C.M., 1978 - « Infant Mortality and Behavior in the Regulation of Family Size », *Population and Development Review*, vol. 4, n° 3 (September 1978), p. 383-403.
- STATE STATISTICAL BUREAU, 1986-1987 - *China In-Depth Fertility Survey (Phase I : Shaanxi, Hebei and Shanghai), Principal Report*, vol. I (*Methodology and main findings*) et vol. II (*Tabulations*), Pékin, 225 et XIV-780 p.
- STATE STATISTICAL BUREAU, 1989 - « Zhongguo di er qi shenru de shengyuli diaocha chubu baogao » (Rapport préliminaire sur la deuxième phase de l'enquête nationale approfondie sur la fécondité), *Renkou Yanjiu*, (a) n° 1, p. 37-39 et p. 5; (b) n° 2, p. 36-41; (c) n° 3, p. 48-51 et p. 61; (d) n° 4, p. 46-49 et 52.
- SULLIVAN JEREMIAH M., SHEA O. RUTSTEIN, GEORGE T. BICEGO, 1994 - *Infant and Child Mortality*, Demographic and Health Survey, Comparative Studies n° 15, Macro International Inc., Calverton, Maryland USA, 57 p.
- TU PING, 1991 - « Breast-Feeding Patterns and Correlates in Shaanxi », p. 349-363 in *Fertility in China, Proceedings of the International Seminar on China's In-Depth Fertility Survey, Beijing, February 13-17, 1990*, Voorburg, International Statistical Institute, 511 p.
- UNIVERSITÉ DU PEUPLE (Pékin), Institut d'Études Démographiques, 1987 - « Zhongguo 1981 nian quanguo ji fen sheng shi jianlüe shengmingbiao » (Chine, 1981 : tables de mortalité abrégées pour l'ensemble et par province et municipalité), *Renkou Yanjiu*, n° 1, p. 59-64.
- XIE CHENG, 1990 - « Renkou tongjibu shi yuanyin fenxi » (Les causes d'erreurs des statistiques démographiques), *Renkou Yanjiu*, n° 5, p. 44-45 et 19.
- ZHOU JIANLE, 1987 - « Levels, Trends and Rural-Urban Differentials of Mortality in China, 1963-1981 », Paper n° 27, p. 775-802 in *Studies in African and Asian Demography : CDC Annual Seminar 1987*, Research Monograph Series n° 17, Cairo Demographic Centre, 1988, 823 p.
- ZHOU XIANZHI, LI XIAOWEI, 1995 - « Shengming zhiliang dilie xinsheng'er 'you si' tantao » (Sur la 'mort eugénique' des nouveau-nés de qualité inférieure), *Renkou Yanjiu*, n° 3, p. 58-60.