

DES DONNÉES TRÈS INADÉQUATES

En se limitant au Cameroun, les données disponibles sont à l'origine très différentes selon qu'il s'agit de la population européenne ou de la population africaine.

Concernant les dénombrements, ceux de la population européenne sont "excellents" à partir de 1904 sous la colonisation allemande et "insatisfaisants" sous les administrations française et anglaise. Pour la population africaine, aucun dénombrement national digne de ce nom n'a été entrepris. Le premier recensement est celui du district de Douala en 1902, qui a donné une population de 23 300 habitants. Pour la population totale, on ne dispose que d'estimations, dont la première couvrant le territoire national date de 1910.

L'enregistrement des faits d'état civil de la population allogène au Cameroun allemand a été réalisé à partir du 1er juillet 1886. Concernant les faits d'état civil, des enquêtes de portée géographique limitée existent depuis le début du siècle et de nombreuses statistiques sont publiées à partir de 1930, mais comme les données précises manquent sur les effectifs on ne peut en tirer aucune conclusion relative à la nuptialité, à la natalité et à la mortalité. L'auteur ne nous donne pas toujours par ailleurs son appréciation sur la qualité de ces données.

D'autres sources permettent d'avoir des informations statistiques sur certaines unités géographiques ou humaines plus limitées. Ainsi, une enquête démographique a été réalisée dans le département de Mamfe (Cameroun britannique) en 1930-1931. Des statistiques sont aussi disponibles sur les ouvriers des chantiers ferroviaires, tant au Cameroun allemand que français, sur les prisonniers, sur les travailleurs des plantations au Cameroun britannique. Certains rapports médicaux sont également à prendre en compte.

Les rapports annuels à la SDN ne doivent pas être négligés, comme on a parfois tendance à le faire, mais il faut plutôt s'en servir comme reflet de diverses opinions qu'en tant que source de données numériques et tout en tenant compte du fait que ces rapports sont nettement "enjolisés".

Au total, les données démographiques anciennes sur le Cameroun, tant francophone qu'anglophone, ne sont pas meilleures que celles du reste de l'Afrique en moyenne et elles seraient plutôt plus mauvaises que celles du Nigeria voisin par exemple.

Intéressons-nous ici plus particulièrement à la période allemande et aux années pour lesquelles nous disposons de quelques données et observations sur la mortalité et la morbidité, à savoir les années 1890-1914. Le territoire couvert par ces données sur le Cameroun allemand est celui du Cameroun francophone actuel, augmenté du "Bec de canard" entre Logone et Chari, et de l'ensemble du Cameroun anglophone tel que défini par le mandat de la SDN (décision du Conseil de Sécurité du 5 mai 1919), c'est-à-dire y compris les territoires cédés au Nigeria en 1961. Il ne comprend pas les territoires cédés par la France à l'Allemagne par l'accord du 4 novembre 1911 et qui ont été réintégrés à l'Afrique Équatoriale Française au traité de Versailles (28 juin 1919). Il s'agit du territoire communément appelé "Alt-Kamerun" ou "Vieux Cameroun". Les Allemands ont en fait manqué de temps pour établir des statistiques sur l'ensemble de leurs nouveaux territoires.

À la fin du XIX^e siècle, le mode de vie et le niveau d'instruction étaient très différents entre les colons allemands en poste au Cameroun et la population autochtone. C'est ce qui a justifié la production de statistiques distinctes pour les deux communautés. Cela ne veut pas dire nécessairement d'ailleurs que la mortalité ait été plus faible à l'époque pour les Européens résidant sur le territoire.

UNE POPULATION EUROPÉENNE DÉCIMÉE PAR LE PALUDISME

Aux débuts de la colonisation allemande, la population européenne a connu une véritable hécatombe au Cameroun. Les données les plus anciennes disponibles concernent les années 1890. Le taux de mortalité se situe alors à un niveau supérieur à 60 pour 1 000 ; il descend entre 45 pour 1 000 et 50 pour 1 000 entre 1901 et 1905 pour passer entre 30 pour 1 000 et 35 pour 1 000 entre 1906 et 1912.

Vu les effectifs réduits, les taux annuels sont sujets à de fortes variations et il faut les considérer comme des ordres de grandeur. Ils reflètent néanmoins un

niveau de mortalité considérable, compte-tenu du fait que nombre de décès ne sont pas enregistrés sur le territoire, car survenant chez des malades durant le trajet de rapatriement et compte-tenu de la structure par âge de la population. La très grande majorité de cette population, masculine principalement, se situe en effet dans les âges actifs et les enfants n'en représentent que 1,8 % en 1891 et 4,2 % en 1912. Or, au début du siècle, le taux de mortalité est d'environ 20 pour 1 000 en Europe de l'ouest, avec une espérance de vie à la naissance de l'ordre de 45 ans. Ces données permettent de calculer, à partir d'une table de mortalité, que le taux de mortalité de la population âgée de 20 à 49 ans est de l'ordre de 3 pour 1 000. La mortalité de la population européenne au Cameroun est donc de 10 à 20 fois supérieure à son niveau en Europe à la même époque.

Le paludisme est de loin la première cause de ces décès et plus particulièrement la fièvre bilieuse hémoglobinurique, qui en représente plus de 40 %. Il s'agit d'un syndrome d'allergie à la quinine chez des sujets atteints par le *plasmodium falciparum*, dont le pronostic est très défavorable.

Les membres des missions religieuses sont les plus touchés par la mortalité, car ils "habitent au milieu des indigènes et effectuent le plus souvent des séjours plus longs en Afrique que les hommes d'affaires, les officiels et les officiers ; leurs conditions de vie sont donc plus défavorables". La durée moyenne de séjour des Européens au Cameroun est de 1 an et 10 mois durant les années 1890. Cela ne fait que renforcer la sous-estimation de la mortalité par les statistiques existantes, du fait de la sortie du territoire (et donc de l'observation) d'un certain nombre d'individus décédés peu après.

LA POPULATION AFRICAINE SUJETTE À DES CONDITIONS SANITAIRES DIFFICILES

La plupart des maladies existantes sur le territoire camerounais et connues à l'époque ont été décrites par les médecins allemands : maladies tropicales (paludisme et fièvre bilieuse hémoglobinurique, dysenterie, maladie du sommeil), autres maladies parasitaires (parasitoses intestinales, helminthiases), maladies vénériennes (dont syphilis), autres maladies infectieuses (variole, lèpre, typhus), etc.

On entrevoit que la maladie du sommeil est très répandue dans certaines régions du pays et que son éradication ne pourra résulter que d'une entreprise de longue haleine.

Les problèmes du manque d'infrastructures ont été évoqués. On a notamment souvent observé une absence d'assistance aux accouchements. Les médecins coloniaux ont cherché à combattre certaines pratiques néfastes de la médecine traditionnelle.

Certains comportements sociaux défavorables à la santé ont été relevés : pratiques contraires à l'hygiène, problèmes nutritionnels provoqués par un sevrage brutal, alcoolisme. Les observateurs ont en outre noté un grand nombre d'avortements avec leurs conséquences sur la santé des mères, dont le démographe aurait aimé avoir plus de détails encore.

Mais les données numériques concernant la mortalité de l'ensemble de la population africaine font cruellement défaut. La seule donnée de portée générale semble être celle concernant la ville d'Ebolowa, où le Dr JAEGER relève en 1912 un taux de mortalité infantile de 90 pour 1 000. Ce taux est cependant très certainement largement sous-estimé par omission de jeunes enfants décédés peu après leur naissance, comme le remarque KUCZINSKY.

DES DONNÉES PLUS PRÉCISES SUR DES POPULATIONS SPÉCIFIQUES

Des études spécifiques relèvent une mortalité relativement faible parmi les troupes indigènes, surtout si l'on exclut les morts violentes. Cette population est sans doute suivie médicalement et elle est relativement bien acclimatée.

En revanche, on constate une véritable hécatombe chez les travailleurs recrutés plus ou moins de force en vue de la construction des routes, du chemin de fer, de la pose des lignes télégraphiques, de l'agriculture de plantation ou encore pour le portage.

Les très faibles densités de nombreuses régions du Cameroun obligent au transport de la main-d'oeuvre sur de longues distances. Les travailleurs sont ainsi brutalement déracinés de leur milieu, coupés de leur famille, exposés à des risques pathogènes qui leur sont inconnus et contre lesquels ils ne sont pas protégés, mal nourris d'une nourriture exotique et astreints à des travaux très

pénibles. De plus, la promiscuité liée à leur hébergement offre souvent des conditions favorables à la propagation des maladies infectieuses, telles que le typhus. Ceci, malgré des efforts importants déployés sur certaines plantations dans le domaine du logement. Avec le recul du temps et une plus grande connaissance des mécanismes du paludisme, il est clair que les populations vivant en altitude n'avaient aucune immunité contre cette maladie qui leur était inconnue à l'époque. Or c'est dans ces régions de l'ouest du Cameroun, déjà densément peuplées, qu'a été recrutée une grande partie de la main-d'œuvre.

Une des origines de la mauvaise santé des travailleurs recrutés est à rechercher dans le fait que certains d'entre eux se sont trouvés rejetés de leur village d'origine, dont le chef a envoyé les moins "solides" - ceux susceptibles de manquer le moins au village - "travailler chez les Blancs". Gageons cependant que ce phénomène est contre-balancé dans d'autres cas par l'exigence des recruteurs de récupérer la main-d'œuvre la plus dynamique et la mieux portante.

Les exemples ne manquent pas. Ainsi lors d'un contrôle du chantier de pose de la ligne télégraphique Kribi-Yaoundé pour lequel 100 ouvriers avaient été recrutés, les constatations suivantes ont été faites, au bout de "quelques semaines" de travail dans la forêt : sept sont décédés, 15 ont fui, 20 sont gravement malades. Parmi ces derniers, trois décéderont lors de leur évacuation et un autre était agonisant au moment du passage du contrôleur. Les quinze fugitifs ont été "capturés" peu de temps après. cinq d'entre eux présentaient de profondes ulcérations aux pieds et les dix autres ont déclaré avoir fui à cause de la nourriture.

Aucun médecin n'était présent sur les plantations de la région du mont Cameroun jusqu'en 1905. Les soins étaient assurés par des aides-soignants peu formés, aussi bien européens qu'indigènes. C'est en novembre 1905 que le premier médecin a pris ses fonctions à la "Westafrikanische Pflanzungsgesellschaft Viktoria". Le rapport officiel du Dr WALDOW pour l'exercice 1905-1906 indique 625 décès sur les 5 910 travailleurs des plantations, soit un taux de mortalité de 106 pour 1 000. Ce chiffre doit évidemment être rapporté à la structure par âge de la population concernée, ce qui en montre l'ampleur désastreuse.

Les chiffres réguliers sur la mortalité des travailleurs des plantations allemandes restent cependant rares, mais on peut en citer à partir de 1909, à une époque où les conditions sanitaires dans les plantations se sont déjà améliorées. Cela laisse entrevoir d'autant plus le niveau de la mortalité sur les plantations dans les premières années de leur implantation. Ainsi, le taux de mortalité sur la plantation de Victoria est de 79 pour 1 000 en 1909, 33 pour 1 000 en 1910, 93 pour 1 000 en 1911, 100 pour 1 000 en 1912 et 91 pour 1 000 en 1913. Sur la plantation du prince ALBRECHT, 27 % des travailleurs sont morts durant la seule année 1912. Les fluctuations sont causées à la fois par la variation géographique des lieux de recrutement, par les épidémies et par les effectifs concernés, trop réduits sur chaque plantation pour atteindre la régularité statistique (17 827 travailleurs au total au 1^{er} janvier 1913).

Les principales causes de mortalité sont la "fièvre" (c'est-à-dire le paludisme) et la dysenterie. Celle-ci a été souvent citée comme la principale cause de décès, avant même le paludisme. Les problèmes de nourriture sont ceux qui ont été les plus mis en avant. Il s'agit du manque d'adaptation aux produits de la côte d'une part et à la nourriture donnée sur les plantations d'autre part, à savoir du riz souvent mal cuit et de la morue séchée. A cela s'ajoutent des problèmes de carence alimentaire au début de la saison des pluies, au moment où on ne trouve plus de fruits frais sur le marché et où les travaux sur les plantations sont les plus astreignants. Certains commentaires de l'époque apparaissent maintenant comme farfelus ou racistes. Ainsi, en 1907, le Dr RAEBIGER met en avant la "gloutonnerie bestiale" des indigènes, qui avalent en trois jours la nourriture prévue pour sept (sic), ce qui ne manque pas d'avoir des conséquences néfastes pour la digestion. En réalité, toutes ces raisons devraient sans doute s'effacer devant la consommation d'eau non potable par les travailleurs des plantations, cause qui n'est mentionnée à l'époque que subsidiairement. Parfois l'eau est polluée par les activités humaines et le manque d'hygiène. Mais on sait surtout que dans un milieu donné la population finit par s'habituer à une eau impropre à la consommation, au prix d'une sélection naturelle souvent impitoyable ; cela ne la prépare nullement à consommer une eau tout autant inconsommable, mais qui lui est étrangère.

C'est l'idée qui est sous-jacente dans certains commentaires :

"Les malades de la dysenterie se comptaient alors essentiellement parmi ceux des indigènes qui ont été arrachés aux habitudes de vie et de nourriture, auxquelles ils s'étaient accoutumés de longue date²."

Dans d'autres cas, l'idée du rôle majeur joué par l'eau de consommation est plus explicite :

"...l'infection est provoquée principalement par de l'eau de boisson polluée³", et :

"le nègre assoiffé [sic] boit indistinctement n'importe quelle eau dans une région inconnue⁴", ou encore :

"...l'apparition répétée des épidémies au sein des exploitations qui sont proches d'une eau de mauvaise qualité plaide en faveur de l'idée que la maladie est provoquée principalement par la pollution de l'eau⁵".

Le constat que la plupart des décès se produisent au début de la saison des pluies, au moment où l'eau est la plus contaminée, vient renforcer l'idée du rôle prédominant de l'eau dans la mortalité des travailleurs des plantations.

Une catégorie de la population semble encore moins bien lotie que les ouvriers agricoles : celle des porteurs. Le portage constitue réellement le fléau social des premières années de la colonisation. A l'époque où les voies de communications sont encore embryonnaires, seules existent les pistes piétonnières, d'où un va-et-vient incessant de colonnes interminables de porteurs entre la côte et l'intérieur du pays. Hommes, femmes et enfants sont réquisitionnés à cet effet, sans égard à leur constitution physique ni leur état de santé, ce qui provoque le quasi-dépeuplement de nombreux villages de la zone forestière du Cameroun, par suite de l'éloignement forcé de la main-d'œuvre et par une baisse de la fécondité due aux séparations des couples, mais aussi par une mortalité très élevée. De plus, les populations des régions traversées se plaignent souvent des

2 The dysentery patients, then, were recruited primarily from such natives as were torn from their long accustomed living and food habits.

3 The infection is mainly caused by polluted drinking water.

4 The thirsty negro indiscriminately drinks any water in an unknown region.

5 The ever-recurring appearance of epidemics on such farms as have bad water near them speaks for the opinion that the illness is mainly caused by water infection.

comportements des porteurs étrangers à la région et le portage a été considéré comme un vecteur important des maladies vénériennes, ce qui est tout à fait comparable au rôle attribué aux transporteurs modernes en la matière. A noter que la syphilis semblait inconnue sur le territoire jusque vers 1895 et qu'elle s'est généralisée durant la décennie suivante.

Les ouvriers du chemin de fer ont également payé un lourd tribut à la mort. Pendant les années 1912-1913 et 1913-1914, on relève des taux de mortalité de 86 pour 1 000 et de 97 pour 1 000 chez les ouvriers du chantier du chemin de fer du Centre (Douala-Edéa), au nombre de 5 423 et 8150 respectivement. Et encore les ouvriers malades abandonnent-ils souvent leur poste pour essayer de rejoindre leur village ; aussi, tous les décès ne figurent pas dans ces statistiques qui concernent les événements survenus sur le chantier lui-même...

UN BILAN MITIGÉ

L'étude de la mortalité fait se rejoindre paradoxalement les pages les plus sombres de la colonisation, quand toute une politique faisait si peu cas de la vie humaine, et les épisodes les plus glorieux de la lutte d'une poignée de pionniers contre la mort.

Le bilan des connaissances sur la mortalité au Cameroun durant la colonisation allemande doit finalement être considéré comme mitigé, compte-tenu de l'état d'avancement des techniques de l'analyse démographique et statistique de l'époque et de la situation socio-économique de la colonie.

D'une part, KUCZINSKY constate qu'il ne peut même pas conclure sur un accroissement ou sur une diminution de la population du pays durant cette période, car les données sont insuffisantes. Les statistiques sur la mortalité sont, elles, pratiquement inexistantes. On peut néanmoins privilégier l'hypothèse d'une certaine hausse de la mortalité provoquée par l'ouverture brutale du pays et le brassage des populations, avant que les effets de la mise en place progressive d'un système de santé moderne aient pu se faire sentir.

D'autre part, cependant, les données qualitatives sont déjà très nombreuses. Les bases d'une véritable politique sanitaire adaptée au pays sont établies. La débâcle allemande va entraîner la disparition de nombre des études existantes

et surtout la non-utilisation de leurs résultats, enfouis dans les bibliothèques européennes, car les successeurs, tant français qu'anglais, ne maîtrisaient pas la langue.

Dès le début, on assiste ainsi à une non-capitalisation des résultats de la recherche (ou plus simplement de la connaissance) démographique au Cameroun, ce qui est malheureusement une situation par trop répandue dans le monde.

BIBLIOGRAPHIE

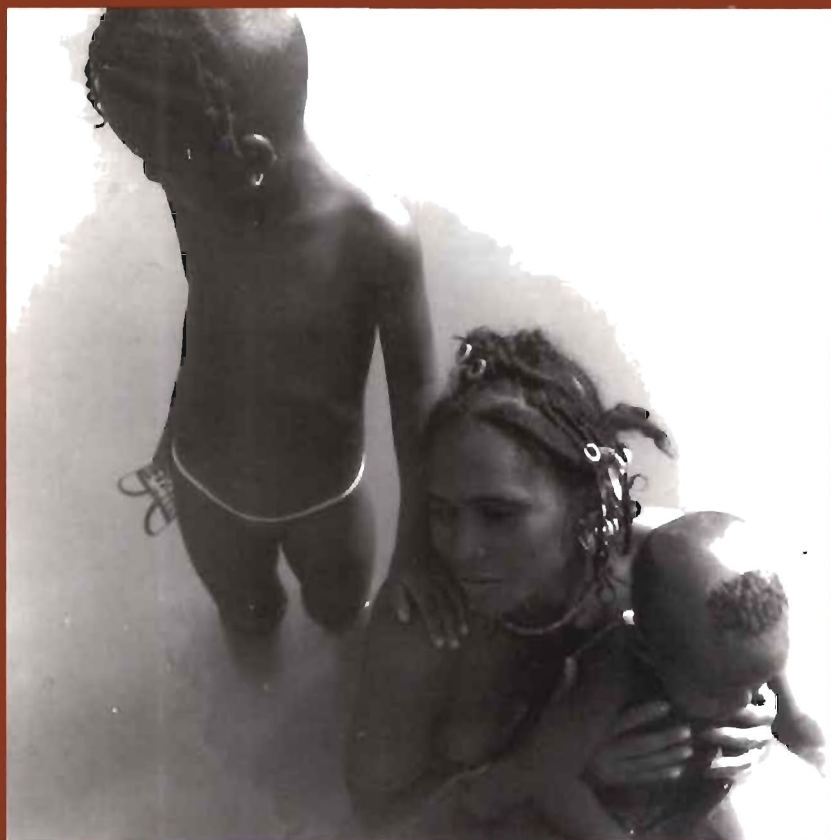
KUCZINSKY (R. R.), 1939 – The Cameroons and Togoland. A demographic study. London, New York, Toronto : Oxford University Press for the Royal Institute of International Affairs, XVIII-582 p.

ANNEXE

DONNÉES SUR LA POPULATION ET LA MORTALITÉ AU CAMEROUN

| Années | Population européenne | Population africaine (estimations publiées) | Décès européens |
|--------|-----------------------|---|-----------------|
| 1890 | 137 | | |
| 1891 | 166 | | 10 |
| 1892 | 180 | | 14 |
| 1893 | 204 | | 26 |
| 1894 | 228 | | 11 |
| 1895 | 230 | | 14 |
| 1896 | 236 | | 17 |
| 1897 | 253 | | 15 |
| 1898 | 324 | | 13 |
| 1899 | 425 | | 28 |
| 1900 | 528 | | 35 |
| 1901 | 548 | | 43 |
| 1902 | 581 | | 27 |
| 1903 | 670 | | 31 |
| 1904 | 710 | | 32 |
| 1905 | 826 | | 39 |
| 1906 | 896 | | 28 |
| 1907 | 1010 | | 32 |
| 1908 | 1128 | | 35 |
| 1909 | 1127 | | 34 |
| 1910 | 1132 | 2 720 000 | 36 |
| 1911 | 1455 | 2 540 000 | 33 |
| 1912 | 1537 | 2 650 000 | 23 |
| 1913 | 1871 | | |

" Kuczinsky, 1939, p. 9, 15, 16, 25



POPULATIONS DU SUD ET SANTÉ

PARCOURS ET HORIZONS

CRISTOM
Editions

TABLE DES MATIÈRES

| | | |
|---------|-------------------|---|
| *** | Sommaire..... | 3 |
| J. Némó | Préface..... | 5 |
| *** | Présentation..... | 9 |

PREMIÈRE PARTIE PIERRE CANTRELLE, L'HOMME ET LE CHERCHEUR

| | | |
|---|--|----|
| F. Gendreau, P. Livenais J. Vaugelade | Itinéraire Scientifique de Pierre Cantrelle..... | 13 |
| H. Domenach | L'"homo démographicus cantrellus" - Clin d'oeil scientifique à visage humain..... | 21 |
| F. Gubry | La nouvelle vie des anciens livres de démographie africaine..... | 27 |
| *** | Bibliographie de Pierre Cantrelle..... | 37 |

DEUXIÈME PARTIE L'OBSERVATION, DOMAINE D'INNOVATION

| | | |
|-----------------------------|---|-----|
| M. Garenne | La morbidité et les causes de décès - La contribution du démographe..... | 57 |
| C. Z. Guilmoto | Trente ans plus tard le long du fleuve Sénégal... L'enquête de la MISOES à l'épreuve du temps..... | 73 |
| P. Guillaumont | Pour des séries longues d'observation - L'analyse des relations entre politiques d'ajustement et migrations internes..... | 95 |
| Ch. Scott and J. Cleland | Surveys on sexual behaviour in relation to AIDS - Problems of methodology..... | 105 |
| F. Gendreau | Pour un renouveau de l'observation démographique en Afrique au Sud Sahara..... | 117 |

TROISIÈME PARTIE
COMPLEXITÉ DES SITUATIONS, DIVERSITÉ DES ANALYSES

| | | |
|--|--|-----|
| P. Gazin | La mortalité infanto-juvénile et ses causes dans deux communautés rurales de l'ouest du Burkina Faso..... | 135 |
| A. Briend | Allaitement au sein, état nutritionnel, espacement des naissances et survie de l'enfant au Bangladesh..... | 145 |
| P. Gubry | Contribution à l'histoire de la mortalité au Cameroun (1890-1914) - L'apport de Kuczinsky..... | 157 |
| A. Franqueville | La mortalité infantile en Bolivie - Les raisons d'un retard à la baisse..... | 169 |
| B. Delpech | Malnutrition infantile chez les Noirs Marrons de Guyane et de Surinam..... | 183 |
| A. Guillaume, N. G. Koffi, P. Vimard | Santé de la mère et de l'enfant en Côte-d'Ivoire..... | 201 |
| J. Caldwell and P. Caldwell | The beginning of fertility decline in Sub-Saharan Africa..... | 233 |
| A. Froment | Biométrie contre génétique, ou comment aborder la variabilité biologique chez l'homme..... | 245 |

QUATRIÈME PARTIE
POLITIQUES DE POPULATION ET RECHERCHE DÉMOGRAPHIQUE

| | | |
|-----------|---|-----|
| D. Benoit | La planification familiale en Indonésie : des succès mais aussi des questions... et des problèmes en devenir..... | 269 |
| A. Bahri | Politiques de population en Afrique..... | 287 |