

VI. — CONCLUSIONS

P. SATGÉ et P. CANTRELLE

Nos 4 enquêtes représentent un ensemble de données sûres (1-4 ans) relatives à la mortalité de l'enfant au Sénégal pour l'époque actuelle.

Pour discuter ces résultats, nous avons rassemblé dans le graphique A, d'une part la mortalité 1 à 4 ans, d'autre part la probabilité de survie à 5 ans (nombre de survivants à 5 ans pour 1000 naissances vivantes).

Nous avons rapproché ces données de celles de la France du XVIII^e siècle (graphiques A et B).

Nous discuterons surtout de mortalité 1-4 ans pour les raisons suivantes :

- d'une part la mortalité infantile (0 an) est celle pour laquelle nous pouvons avoir des doutes, même dans l'enquête permanente des villages dits « pilotes » ;
- d'autre part, cette mortalité infantile que l'on peut raisonnablement évaluer en zone rurale à 200 pour mille ne constitue en aucune façon un index suffisant ni pour le démographe, ni pour le pédiatre, comme c'est le cas dans les pays industrialisés au-

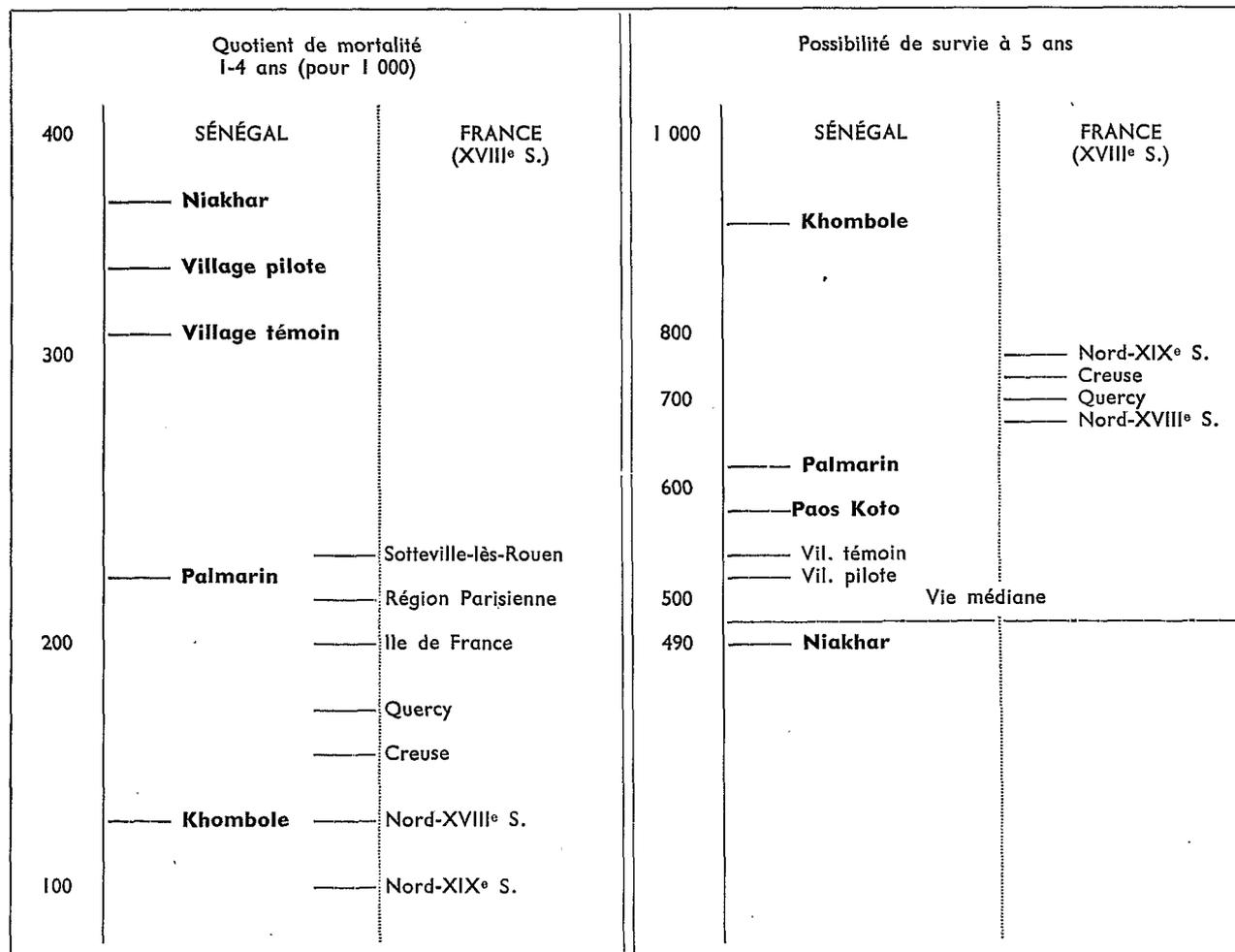
jourd'hui. La mortalité 1 à 4 ans est plus élevée que la mortalité infantile : il faut donc pour prévoir l'avenir, pour juger d'une action sanitaire, connaître la mortalité du groupe 1-4 ans et pas seulement la mortalité 0 an. Enfin, il est sûrement plus facile pour le médecin de s'attaquer à la mortalité 1-4 ans qu'à la mortalité des premiers mois : une partie de celle-ci moins importante en zone tropicale qu'en zone industrialisée (tétanos ombilical en particulier) est due à des causes endogènes sur lesquelles il est difficile et coûteux d'intervenir.

Pour cette tranche d'âge, le quotient de mortalité est supérieur à 300 pour mille pour les zones du Sine (Niakhar) et les villages autour de Khombole.

Il est à près de 300 pour mille dans le Saloum (Paos Koto) et à un peu plus de 200 pour mille sur la Côte (Palmarin).

Dans le centre de Khombole il dépasse de peu 100 pour mille.

GRAPHIQUE A

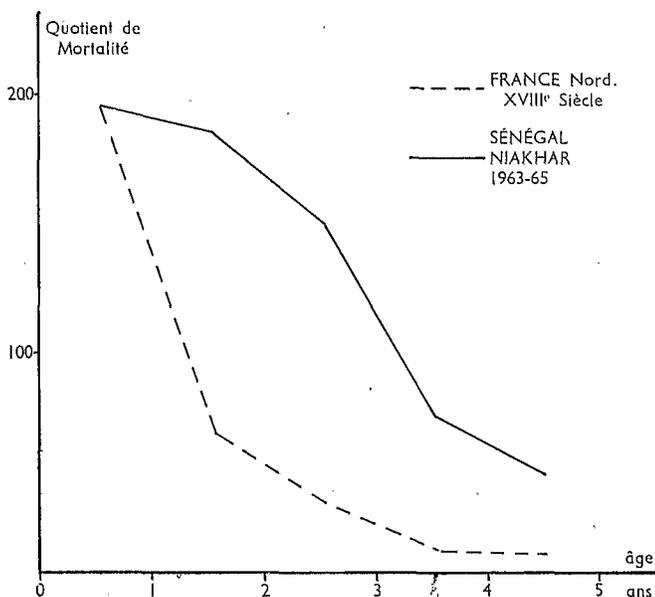


Les données tirées de l'état-civil français au XVIII^e siècle nous montrent qu'en milieu rural, les chiffres étaient compris entre 130 et 200 pour mille (le chiffre de 111 qui figure sur le tableau est une donnée de la première moitié du XIX^e siècle dans le Nord).

Le taux de mortalité dans la première année se situe dans ces mêmes villages autour de 200 pour mille donc un taux identique au nôtre.

On peut penser que l'environnement infectieux était dans la France du XVIII^e siècle ce qu'il est actuellement dans les régions que nous observons au Sénégal : le Tétanos Ombilical n'est éteint que depuis un siècle à peine ; l'eau potable était inconnue, le paludisme y sévissait de la Camargue aux Flandres. Il est fort probable que, s'il nous avait été donné d'y suivre des villages pilotes, la liste des étiologies des décès n'aurait guère été différente de ce que nous venons de voir et il est donc normal que les taux de mortalité infantile soient superposables, chez ces enfants en général au sein. Par contre il est moins normal qu'au delà de 1 an les courbes de mortalité divergent opposant la concavité de la courbe française à la convexité de la courbe de Niakhar (graphique B). Puisque les agressions infectieuses sont les mêmes comme le prouve un taux de mortalité infantile identique, il faut qu'un élément particulier intervienne au Sénégal : or, dans les campagnes fixes, les laitages ont toujours été abondants et les mères ont de tout temps eu l'habitude d'en donner largement, dès la fin de la première année, ce qui n'est hélas pas le cas à Niakhar. Il semble difficile dans ces conditions de nier l'importance des facteurs alimentaires et en particulier de sa composante protéique.

GRAPHIQUE B
Quotient de mortalité pour 1.000



a) dans les échantillons du Sine et du Saloum, il y a une liaison évidente — entre la mortalité moins élevée dans le Saloum, la production agricole plus importante par tête d'habitant, celle-ci étant conditionnée par les

superficies disponibles et les rendements. L'équipement médico-social et la scolarisation sont cependant meilleurs dans le Sine.

b) Dans la zone de Palmarin, les conditions économiques dans les 3 périodes envisagées ont beaucoup évoluées : organisation des circuits commerciaux, élévation des revenus monétaires, organisation du village ont commencé à produire leurs effets dès la deuxième période, mais uniquement sur la mortalité de la première année ; l'installation de la maternité et du dispensaire n'est intervenue qu'au début de la troisième période.

c) L'opposition entre les taux de mortalité des villages autour de Khombole et de la petite ville de Khombole est saisissant ; mais ici de très nombreux facteurs entrent en jeu :

— le revenu des habitants est beaucoup plus élevé en ville qu'en zone rurale ; il s'agit de commerçants, fonctionnaires, salariés, etc... et il y a un marché régulièrement approvisionné. Quelques postes d'eau potable ont remplacé certains puits, mais à dire vrai, beaucoup se servent encore aux anciens puits existants.

— il existe une maternité qui assure la plupart des accouchements des parturientes de cette petite ville et un dispensaire bien fourni, ce qui n'est pas le cas de ceux de la brousse, est à la disposition de tous et très fréquenté.

d) Enfin une action médicale soutenue dans 6 villages n'a pas amené de modifications notables du taux de mortalité, tout au moins au niveau de l'ensemble, malgré un certain nombre de succès partiels.

On peut tirer de ces faits un certain nombre de conclusions. Si le niveau de santé est meilleur quand les disponibilités alimentaires sont plus larges, il faut pour cela que la production soit très améliorée ou que les ressources monétaires soient suffisantes (Saloum, Khombole, France 18^e siècle).

Si les ressources alimentaires sont restreintes, il faut une éducation très poussée des familles pour qu'elles sachent les répartir au mieux et assurer à l'enfant une ration correcte (un certain nombre de familles de nos villages pilotes).

Il y a des différences considérables dans le niveau de santé des zones écologiques comparables même en l'absence d'équipement sanitaire ; du reste, dans l'état actuel de l'équipement des dispensaires leur zone d'action est très limitée géographiquement et même dans le secteur étroit de Palmarin, son action n'est pas évidente puisque le taux de mortalité de 1-4 ans est le même après son installation que 10 ans plus tôt.

L'effort à faire pour réduire cette mortalité est considérable ; il doit porter sur plusieurs points à la fois. L'organisation d'un village sur le plan social et économique semble en être l'étape essentielle.

BIBLIOGRAPHIE SUR LA MORTALITÉ EN FRANCE AU XVIII^e SIÈCLE.

- E. GAUTIER, L. HENRY. La population de Crulai, paroisse normande. *Cahier de l'I.N.E.D.*, 33, P.U.F., 1958.
 R. DENIEL, L. HENRY. La population d'un village du Nord de la France, Sainghin en Mélantois, de 1665 à 1851. *Population*, 1965, 563-602.
 P. GIRARD. Aperçus de la démographie de Sotteville-les-Rouen vers la fin du XVIII^e siècle. *Population*, 1959, 485-508.
 J. GANIAGE. Trois villages de l'Île-de-France. *Cahier de l'I.N.E.D.*, 40, P.U.F. 1963.
 L. HENRY, C.I. LEVY. Quelques données sur la région autour de Paris au XVIII^e siècle. *Population*, 1962, 297-326.
 P. VALMARY. Famille paysannes au XVIII^e siècle en Bas-Quercy. *Cahier de l'I.N.E.D.*, 45, P.U.F., 1965.