

IBIS CUS
0272

Pol 4 Coll Ref
Dains

ECOLE NATIONALE D' ADMINISTRATION

CENTRE DE FORMATION CONTINUE DES CADRES

CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE

(P A R I S)

M

SEMINAIRE REGIONAL

S U R

LE ROLE DES ADMINISTRATEURS DANS LA
PROMOTION ET LA PROTECTION
DE LA SANTE DE LA POPULATION

Abidjan, le 10 - 20 décembre 1979

Mr. Philippe ANTOINE
Démographe à l'ORSTOM

O.R.S.T.O.M. Fonds Documentaire
N° : 21228 ~~1~~
Cpte : B ~~1~~

M 6

QUELQUES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES EN RELATION AVEC
LA SANTE EN AFRIQUE

Philippe ANTOINE
Démographe à l'O.R.S.T.O.M.

Il est difficile de déterminer les traits marquants de la population de l'Afrique, tant cette terre est porteuse de diversités. Les comportements démographiques varient énormément d'une région à l'autre, d'une ethnie à l'autre. La population est d'autant plus difficile à caractériser que les données la concernant sont très mal connues. Pour certains pays, on se contente d'estimer le chiffre de population. Quant aux données de mouvements, leur collecte, en l'absence d'état civil, est particulièrement coûteuse et nécessite des structures administratives appropriées. La promotion de l'état civil constitue un premier point d'intervention de l'administrateur. L'état civil enregistre les naissances et les décès, et peut ainsi fournir les statistiques, permettant de mesurer l'impact de toute action visant à améliorer la santé.

L'Afrique est un continent sous-peuplé ; sous-peuplement hérité en partie de l'époque de la traite esclavagiste du XVII au XIXème siècle. Durant cette période, la population a stagné autour de 100 millions d'habitants, pour atteindre 138 millions en 1900 et 219 millions en 1950. En 1977 avec 430 millions d'habitants, l'Afrique représente 10% de la population mondiale. Ce sous-peuplement se traduit par des densités très faibles, de l'ordre de 20 hab/km² au Sénégal et en Côte d'Ivoire.

L'insuffisance des données, rend également difficile, l'appréciation exacte du niveau, et des tendances de la fécondité et de la mortalité. On peut estimer, que, pour l'ensemble du continent, il existe une très forte natalité, de 45 à 50‰ et une forte mortalité, de 15 à 30‰.

Une forte fécondité :

En moyenne, les femmes africaines donnent naissance à 6 ou 7 enfants vivants. Toutefois, il subsiste une zone de forte infécondité en Afrique Centrale (Gabon, certaines régions de Centrafrique, du Cameroun, du Zaïre...), infécondité souvent secondaire, due à des causes pathologiques.

Comme on peut le constater sur le tableau suivant, la fécondité est particulièrement élevée dès le groupe d'âge 15-19 ans et reste importante jusque vers 35 ans.

Groupes d'âge	Pays			
	Bénin	Côte d'Ivoire	Mali	Gabon
15-19	197	192	220	171
20-24	335	289	348	190
25-29	305	264	325	173
30-34	253	226	271	127
35-39	166	158	191	98
40-44	85	102	86	43
45-49	29	44	41	27

Source : Nations-Unies - C.E.A. , document E/CN/14/Pop 147

Les différences de fécondité entre pays, régions ou ethnies, dépendent de facteurs aussi divers que l'âge de l'union, la polygamie, la stérilité, les pratiques concernant l'abstinence post-partum, le niveau de mortalité infantile, la durée de l'allaitement.... Sur le plan sanitaire, il ne faut pas oublier qu'il existe une relation entre : nutrition de la mère - allaitement - mortalité infantile - niveau de fécondité. Certains auteurs, estiment que, tant que la mortalité infantile sera importante, la fécondité se maintiendra à un niveau élevé. Il n'est guère envisageable qu'une baisse de la fécondité se produise dans les prochaines années.

Une forte mortalité :

Faute de renseignements fiables sur les décès, et encore moins sur leur cause (1), il est difficile de mesurer la situation de la santé en Afrique. Les taux de mortalité les plus élevés se rencontrant en Afrique de l'ouest et en Afrique Centrale. Ces taux bruts sont compris entre 20 et 30‰. L'espérance de vie ou durée moyenne, est d'environ 45 ans. L'Afrique sub-saharienne connaît une mortalité infantile élevée, souvent supérieure à 150‰.

(1) - Deux pays en Afrique seulement fournissent des statistiques des causes de décès : l'Egypte et l'île Maurice.

Cette mortalité frappant d'ailleurs plus les petits enfants au-delà du premier mois (30 à 365 jours) que le nourrisson (0 à 6 jours), manifestation des dangers dus à l'environnement, et des maladies infectieuses.

La mortalité juvénile (1 à 4 ans) atteint, voire dépasse le niveau de mortalité infantile. Il semble qu'il existe surtout, une surmortalité entre le 6ème et le 24ème mois après la naissance. Durant cette période, l'enfant est particulièrement vulnérable à toutes les infections. Au 6ème mois, l'allaitement maternel devenant insuffisant, pour éviter les carences alimentaires, il faut fournir un complément protidique à l'enfant. Il s'avère nécessaire d'éduquer les mères, et cette tâche d'éducation peut être exercée par divers services de santé (PMI, services sociaux...) par l'école, par les medias (radio..) ou d'autres institutions.

Il existe une différence de niveau de mortalité entre les régions rurales et urbaines : la mortalité étant supérieure dans les campagnes. Il faut toutefois nuancer ce jugement, car on relève de très fortes disparités en milieu urbain. Certains quartiers, des grandes agglomérations connaissent des conditions sanitaires déplorables. La mortalité peut varier de 1 à 5 suivant le type d'habitat (résidentiel, traditionnel, sommaire...), résultant des différences de conditions socio-économiques. Il est fort probable que la baisse de la mortalité se soit ralentie en Afrique ces dernières années; hypothèse qui reste à vérifier. La baisse de mortalité dépend de nombreux facteurs : " progrès des services médicaux et amélioration de l'infrastructure sanitaire, campagnes de vaccinations et d'éradication de masse, amélioration des conditions d'hygiène générale, développement socio-économique, élévation du niveau de vie". L'administrateur doit encourager le développement des services de prévention et de santé publique, afin d'atteindre la plus grande partie de la population, surtout celle des zones rurales.

Accroissement naturel, structure par âge, migrations :

L'accroissement naturel résultant de cette natalité élevée et de cette forte mortalité, est tout de même important. On peut l'estimer à 25% par an, soit un doublement de la population en 28 ans. La dynamique de la population, se traduit entre autre par un rajeunissement de la pyramide des âges. On constate dans la plupart des pays, une extrême jeunesse de la population (environ 45% de moins de 15 ans) et très peu de vieillards (3% de plus de soixante cinq ans).

Au sein de chaque famille, surtout en milieu urbain, la charge par personne active est lourde. Cette jeunesse nécessite l'accroissement des investissements collectifs : écoles, centres de soins, des logements plus grands....

La structure de la population est d'autre part modifiée par les migrations. A des courants historiques et traditionnels sont venus se juxtaposer des flux migratoires nés du colonialisme (travail forcé) et de la monétarisation de l'économie. Depuis la seconde guerre mondiale, la migration perd son caractère saisonnier, pour tendre vers des séjours de longue durée, voire, une installation définitive. La migration, de phénomène individuel, devient familiale. En Afrique de l'ouest on assiste à une redistribution des populations de la savane vers les régions côtières à économie de plantation. Entre 1920 et 1970, on estime que les régions cotières ont gagné plus de 3 millions d'habitants, aux dépens de l'intérieur, absorbant ainsi 20 à 30% de l'accroissement naturel de ces régions. Au sein de chaque état, on assiste également à un développement de l'exode rural vers les centres urbains. Cette redistribution de la population et la croissance particulièrement rapide des villes ne sont pas sans poser de problèmes, qui sont abordés dans l'exposé suivant.