

démographique perdure. A 15 % de séroprévalence, un taux d'accroissement initial de 3,4 % ne tomberait qu'à 2,5 %. Il faudrait une prévalence de 50 %, chiffre qui, espérons le, ne sera jamais atteint nullepart, pour réduire à zéro un tel taux de croissance.

Dans un quatrième chapitre, enfin, Jean-Pierre Dozon et Agnès Guillaume explicitent les principales conséquences sociales, économiques, et à travers elles, politiques, du sida pour les populations africaines : celles qui sont dès aujourd'hui patentes et celles qui menacent pour demain. Dans ces économies fragiles, traumatisées plus que toute autre par la crise économique mondiale, le sida constitue une menace de faillite pour un système sanitaire en grande difficulté. Déjà techniquement fort peu satisfaisante dans les pays riches, la réponse thérapeutique est, financièrement,

hors de portée de l'Afrique. Quant à la prévention, elle supposerait un maillage sanitaire et éducatif autrement plus performant. Le système tout entier y perd en crédibilité et court à la ruine. Mais le sida est aussi la cause de graves problèmes sociaux. Il est notamment pour les familles une charge quasi insupportable, quand elle ne les menace pas tout simplement de destruction.

Clarification scientifique, ce livre est aussi un appel à dépasser le catastrophisme ambiant et à reconnaître aussi objectivement que possible les responsabilités qu'entre pays du Nord et pays du Sud nous partageons face à ce drame de fin de siècle... et de millénaire.

Jacques Vallin

## CONSÉQUENCES DÉMOGRAPHIQUE DU SIDA À ABIDJAN (1986-1992)

Abidjan est l'une des plus grandes cités de l'Afrique de l'ouest, elle compte plus de 2 millions d'habitants en 1992. La ville a eu une croissance particulièrement rapide depuis sa création, attirant de larges effectifs de migrants provenant des zones rurales du pays et des pays limitrophes. Une grande majorité des migrants sont de jeunes hommes, entraînant un fort déséquilibre entre les sexes parmi les jeunes adultes. Ce déséquilibre entre les sexes combiné à la forte proportion de jeunes adultes dans la population a créé une situation particulièrement favorable à la propagation des maladies sexuellement transmissibles. Il n'est donc pas surprenant d'y assister à une propagation rapide et massive des deux virus, VIH-1 et VIH-2, qui causent le sida.

L'approche suivie<sup>2</sup> pour évaluer les conséquences démographiques du VIH et du sida a été d'analyser les tendances de la mortalité avant et après la propagation de l'épidémie. Les taux de mortalité étaient en déclin durant la période 1973-1982 dans de nombreux groupes d'âge, et stables chez les jeunes adultes de 15-34 ans et chez les personnes âgées de 65-74 ans. Un décrochage à partir de ces tendances est visible dès 1986, date de la notification des premiers cas de sida cliniques, dans la plupart des groupes d'âge considérés, à l'exception du groupe d'âge de 0-4 ans. La différence entre les taux de mortalité après 1986 et les tendances de la période 1973-1992 prolongée jusqu'en 1992 donne la mesure des décès attribuables au sida. Il n'y a pas de raison de

soupçonner une autre cause susceptible d'expliquer cette rupture par rapport aux tendances précédentes.

En 1992, le nombre de décès observés dans la population (11.639) était plus du double que le nombre de décès prévus par les tendances de la période 1973-1992 (5.725). La mortalité de la ville d'Abidjan a plus que doublé entre 1986 et 1992, et cet accroissement est attribuable presque exclusivement au sida. Lorsqu'on les cumule entre 1986 et 1992, c'est près de 25.000 décès qui sont attribuables au sida. Cette augmentation très impressionnante a déjà coûté une baisse de 4,3 ans d'espérance de vie pour les jeunes hommes de 15 ans et 1,1 an d'espérance de vie pour les jeunes femmes de 15 ans.

Ces estimations sont plus élevées que les estimations précédentes. Converties en cas de sida on peut estimer l'incidence à 3119 cas par million d'habitants par an, soit 2,2 fois plus que ce qui est estimé par De Cock en 1990. Si on extrapole ces données d'Abidjan à l'ensemble de la Côte d'Ivoire, en tenant compte de la séroprévalence des différentes régions on obtient une incidence cumulée d'environ 100.000 cas de sida, soit approximativement 7 fois plus que le nombre officiellement déclaré par le Ministère de la santé à la fin de 1992 (14.655). Cette estimation est aussi 2,4 fois plus élevée que les estimations des décès faites à partir des projections de séropositifs en 1989. Comme il y a une sous-estimation des femmes et des jeunes enfants à l'état civil, et comme la proportion de non-résident tend à diminuer avec le temps, ces estimations sont

<sup>2</sup> Dans une étude à paraître au CEPED

probablement elle même des sous-estimations des conséquences démographiques réelles du sida.

Une grande majorité des 24.292 décès attribuables au sida se sont produits chez les hommes adultes (70 % du total). Les femmes adultes semblent moins affectées que les hommes en valeur absolue, cependant il faut noter que leur mortalité est sous-estimée. Le nombre estimé de décès par sida semble très faible parmi les jeunes enfants, mais leur mortalité est elle aussi sous-estimée. Pratiquement toutes les strates de la société semblent avoir été affectées par le VIH pendant cette phase précoce de l'épidémie.

Il y a une apparente corrélation entre l'augmentation de la mortalité et le type d'habitat : les communes où le

type "évolutif" est le plus fréquent sont aussi les plus touchées. Cette strate représente surtout une classe moyenne, qui semble avoir été proportionnellement plus affectée que les classes les plus favorisées ou que les classes les plus défavorisées. La plupart des groupes professionnels sont aussi affectés, bien que les catégories les plus traditionnelles, comme les hommes paysans, et les mères de famille, semblent moins touchées. Les personnes d'origine étrangère ne semblent pas plus touchées que les Ivoiriens, apparemment au moins, car cela pourrait être le résultat d'un biais d'information dans le cas où les étrangers infectés seraient peut-être rentrés en grand nombre dans leur pays dans la phase finale de leur maladie.

Michel Garenne

## BLOC-NOTES

### ☺ ARRIVÉE

Marc PILON, chercheur de l'ORSTOM, a rejoint le CEPED depuis le 2 janvier. Il travaillera plus particulièrement sur l'évolution des structures familiales et sur les déterminants de la scolarisation en Afrique.

### 📖 ACCUEIL ET STAGES AU CEPED

Lhaocine AOURAGH prépare l'édition au CEPED de sa thèse ayant pour titre *L'intégration des variables démographiques dans la planification du développement en Algérie*.

Mumpassi LUTUTALA a conduit une analyse du rôle des villes secondaires dans les processus migratoires au Zaïre.

Jean-Marie TCHEGHO et Joseph TIMNOU ont complété au CEPED leur analyse des résultats de l'enquête sur la migration de retour au Cameroun.

Boubacar MODIELI entame une thèse sur les effets de la baisse de la mortalité sur l'évolution de la fécondité en s'attachant plus particulièrement au cas du Niger.

### 📖 PUBLICATIONS DU CEPED

#### *Dossiers du CEPED*

N° 28 Richard LALOU et Victor PICHÉ *Migration et sida en Afrique de l'Ouest : un état des connaissances*, 52 p.

N° 29 Antoine KAMDOUM *Planification sanitaire et ajustement structurel au Cameroun*, 40 p.

#### *Études du CEPED*

N° 7 Valérie DELAUNAY *L'entrée en vie féconde : expression démographique des mutations socio-économiques d'un milieu rural sénégalais*, 350 p.

#### *Réédition*

*Condition de la femme et population : le cas de l'Afrique francophone*, édité par Thérèse LOCOH, 116 p, 2<sup>ème</sup> tirage.

### ✂ COMITÉ DE DIRECTION DU CEPED

Le comité de direction du CEPED, s'est réuni le 18 janvier. La question des locaux, qui hypothèque l'avenir du CEPED, a été soulevée.

### 📌 À SIGNALER

*À l'écoute des enfants de la rue en Afrique Noire*, édité par Yves MARGUERAT et Danièle POITOU, Fayard, 1994, 623 p.

*L'évaluation des politiques et programmes de population*, édité par Francis GENDREAU, Denis NZITA-KIKHELA et Valérie GUÉRIN, Paris, AUPELF-UREF, John Libbey, 1994, 86 p.

*Population et environnement au Maghreb*, sous la direction de Slimane ZAMOUR, Dominique TABUTIN, Abdel-Ilah YAAKOUBD et Ali KOUAOUCI. Louvain-la-Neuve, Med Campus-Academia-L'Harmattan, 302 p.

*Où va la population mondiale ?* sous la direction de Marie Claude TESSON-MILLET et Michel

# LA CHRONIQUE DU CEPED

Centre français sur la population et le développement

ISSN 1157-4186

Janvier-Mars 1995, n° 16

## POPULATIONS AFRICAINES ET SIDA

De 1950 à 1987, en moins de 40 ans, la population mondiale a doublé, passant de 2 milliards et demi à 5 et, d'après les projections des Nations Unies, elle est encore appelée à doubler en quelques décennies, pour atteindre 10 milliards au milieu du siècle prochain. Nous sommes en plein coeur de la "transition démographique". La baisse de la mortalité, moteur du processus, intervenant plus tôt et plus rapidement que celle, en réponse, de la fécondité, la différence entre nombres annuels de naissances et décès, jadis extrêmement faible, s'élève brusquement et engendre, durant la transition, des taux d'accroissement exceptionnels, jusqu'à ce que s'installe un nouvel équilibre à fécondité et mortalité réduites.

C'est ce phénomène qui aujourd'hui bat son plein dans les pays du tiers monde, avec une vigueur redoublée par rapport à ce qui s'était produit en Europe (les moyens de réduire la mortalité n'étant plus à inventer), donnant à l'aventure à la fois sa dimension planétaire et le caractère "explosif" qui alarme tant les esprits. Cependant tous les pays du tiers monde n'en sont pas au même stade. L'Afrique tropicale, plus tardivement entrée dans le processus, en est encore à celui où la mortalité a déjà largement baissé, même si son niveau peut paraître élevé comparé aux performances des pays du Nord, mais où la fécondité reste encore très forte. La croissance démographique y est à son paroxysme et les projections des Nations Unies y donnent le vertige. De 700 millions aujourd'hui la population africaine passerait à 2,5 milliards en 2050.

Souvent, lorsque l'on fait état de ces projections pour l'Afrique devant un public non spécialisé mais averti de la fragilité économique, politique, voire écologique de ce continent, la réaction est immédiate : jamais l'Afrique ne supportera un tel accroissement démographique, inmanquablement la guerre, la famine ou une quelconque épidémie viendront tôt ou tard restaurer brutalement l'équilibre rompu. Le spectre malthusien des grands fléaux est toujours bien présent dans les

raisonnements "de bon sens" de l'honnête homme de cette fin de XX<sup>e</sup> siècle. Et précisément, pour l'Afrique d'aujourd'hui, le sida ne serait-il pas ce que fut jadis la peste pour l'Europe ?

La réponse à cette dernière question est doublement paradoxale. D'une part, s'il est vrai que les grands fléaux du passé ont parfois (pas toujours) agi comme des "régulateurs" du croît démographique, celui-ci allait alors à un rythme qui n'a rien à voir avec les taux observés aujourd'hui en Afrique. Il fallait des siècles, voire des millénaires, avant que la population double comme elle vient de le faire en seulement 25 ans en Afrique. Le problème d'aujourd'hui est donc d'une toute autre nature que celui d'hier et l'enchaînement des faits n'est plus du tout le même. La "régulation" par les catastrophes n'était pas induite par un rythme d'évolution trop rapide, mais par le franchissement d'un "seuil" de population incompatible avec les moyens de production et l'homme devait subir la loi implacable de phénomènes sur lesquels il n'avait, faute de connaissances suffisantes, aucune prise. Aujourd'hui, ce n'est pas l'effectif de la population qui pose en soi un problème, c'est le rythme de sa croissance auquel il est difficile d'adapter la société. La ruine du niveau de vie qu'il peut, provisoirement, engendrer ne signifie pas nécessairement le recul des moyens de survie. Mais, second paradoxe, à supposer que le sida prenne effectivement, ici ou là en Afrique, les proportions de ce que fut la peste pour l'Europe, rien ne permet d'en conclure que cela dispenserait l'Afrique d'une forte croissance démographique avant stabilisation. Plus vraisemblablement, cela ne ferait que retarder le processus

**Toute l'équipe du CEPED, vous présente ses meilleurs voeux pour l'année 1995.**

CEPED  
15, rue de l'École de Médecine  
75270 Paris Cedex 06, France

Tél. : (1) 46 33 99 41  
Fax : (1) 43 25 45 78