

## CHAPITRE 6

---

# QUARANTE ANS D'ENQUÊTES DÉMOGRAPHIQUES EN AFRIQUE

Pierre Cantrelle

Directeur de recherche honoraire de l'ORSTOM

Où en est, en Afrique, la collecte de données permettant de construire des indicateurs démographiques de base comme les taux de mortalité et de fécondité par âge ? Et comment a-t-elle évolué depuis quelques décennies ? Un aperçu de cette évolution aidera à comprendre la situation actuelle et à en tirer les leçons. Afin de limiter le sujet, il ne sera pas question ici des migrations.

On sait que l'enregistrement des naissances par l'état civil, là où il est complet, apporte chaque année de précieuses données, mais qu'en Afrique ce système d'enregistrement ne fonctionne correctement, au niveau national, dans aucun pays, la Réunion, l'île Maurice faisant figure d'exceptions qui confirment la règle. C'est pour cette raison que l'on a eu recours à des enquêtes nationales par sondage.

### 1. Où en sommes-nous ?

En 1994, des données nationales sur la fécondité et la mortalité ont été obtenues par une enquête par sondage dans quatre pays : Côte d'Ivoire, RCA, Tanzanie et Zimbabwe. Encore ne s'agit-il dans ces enquêtes que de la mortalité dans l'enfance. Au total, avec les deux mentionnés plus haut, 6 pays sur 54 disposent de taux pour cette année, soit 14 % de la population africaine (96 millions d'habitants sur 677). Pour l'une ou l'autre des cinq dernières années, 1990-94, ce sont 19 pays qui disposent de cette information, soit 55 % de la population (370

millions sur 677). Dans les autres pays, on ne dispose que d'informations plus anciennes. Quel que soit le pays, au niveau national, on ne dispose jamais que de quelques points de repère dans le temps.

Cependant certains annuaires internationaux publient chaque année des estimations. Ces dernières sont calculées par extrapolation, sur la base d'hypothèses qui peuvent parfois s'éloigner considérablement de la réalité, jusqu'à ce qu'une nouvelle enquête permette de rectifier l'estimation. Il arrive même, lorsque rien d'autre n'est disponible, que l'estimation ne soit que la moyenne des observations faites dans les pays voisins.

Par exemple, en Guinée, on ne disposait, jusqu'en 1992, d'aucune donnée d'observation postérieure à l'enquête de 1954. Les chiffres publiés en 1991 n'avaient rien d'authentique, ils correspondaient à la moyenne des pays voisins. Surprise, les résultats de l'Enquête démographique et de santé (EDS) de 1992 sont pratiquement les mêmes (tableau 1). S'agit-il d'un heureux hasard ?

**Tableau 1. Mortalité des enfants en Guinée : comparaison de l'estimation de 1991 aux résultats de l'enquête de 1992**

Source de données	Quotient de mortalité (p. 1 000)	
	${}_5q_0$	${}_1q_0$
Chiffre publié pour 1991	234	138
EDS de 1992	232	139

Au Niger, la dernière enquête nationale, avant l'EDS de 1992, remontait à 1960. Cette fois, la différence entre la dernière estimation antérieure de la mortalité infanto-juvénile ( ${}_5q_0$ ) et le résultat de l'enquête dépasse 30 %.

**Tableau 2. Mortalité des enfants au Niger : comparaison de l'estimation de 1991, fondée sur l'enquête de 1960, aux résultats de l'EDS de 1992**

Source de données	Quotient de mortalité (p. 1 000)
	${}_5q_0$
Enquête de 1960	321
Chiffre publié pour 1991	218
EDS de 1992	318

La publication annuelle de tels chiffres pour chaque pays crée l'illusion chez les utilisateurs non avertis. Si jusqu'aux années récentes la fécondité évoluait peu, il n'en est pas de même pour la mortalité, et le chiffre donné pour l'année 1991 est trompeur.

À côté de ces enquêtes nationales, existent des données locales, souvent tout aussi ponctuelles :

- enquêtes isolées dans le temps couvrant une aire d'observation restreinte,
- enquêtes suivies (laboratoires de population), par nature encore plus localisées,
- état civil de quelques grandes villes.

C'est de ces données locales que l'on tire les renseignements les plus précis sur la mortalité, et les seules séries chronologiques disponibles proviennent des deux derniers types de collecte.

Qu'il s'agisse d'opérations nationales ou locales, les enquêtes ont évolué dans leurs objectifs, leurs méthodes mais les aspects institutionnels et financiers ont aussi leur importance.

## **2. Évolution des objectifs d'enquête**

L'objectif des premières enquêtes était d'apporter des connaissances de base concernant la structure et la dynamique des populations, fécondité, mortalité et migrations. Tel fut le cas de la première série d'enquêtes par sondage conduites en Afrique francophone sur une période d'une dizaine d'années, de l'enquête de Guinée de 1954 à celle du Tchad de 1964.

Du fait de l'incertitude liée aux méthodes rétrospectives utilisées, certaines enquêtes ont eu un objectif purement expérimental : comment observer avec la meilleure fiabilité possible les naissances et les décès, dans le cadre d'enquêtes ponctuelles ? Ce fut notamment le cas des enquêtes de 1962 au Sénégal et au Kenya.

Des objectifs épidémiologiques et de santé publique ont été introduits dès 1957, dans l'enquête sur la Moyenne Vallée du Sénégal, notamment la recherche des causes de décès. Ils ont été développés ensuite dans d'autres enquêtes nationales : Burkina 1960, Bénin 1961, Tchad 1964, mais ils sont aussi à l'origine de la mise en place de l'observatoire de population du Sine-Saloum (Sénégal), en 1962. À l'inverse, à la même époque des études de santé publique ont donné lieu à des observations démographiques, comme, par exemple, dans la zone de Machakos au Kenya.

Par la suite, des objectifs encore plus spécifiques ont été assignés à certaines enquêtes comme, par exemple, celles entreprises en 1973 par l'OMS sur la santé et la mortalité des enfants ("*Ad hoc surveys*"), dans des zones restreintes de cinq pays, dont trois en Afrique (Sierra Leone, Algérie, Soudan, Afghanistan et Trinidad-Tobago).

Parallèlement s'est propagée une vague d'enquêtes sur la fécondité ou, plus exactement, sur les "connaissances, attitudes et pratiques" (enquêtes "CAP") en matière de contraception, notamment sous l'égide du *Population Council* (The Population Council, 1970).

C'est alors qu'arrive le vaste programme d'Enquête mondiale sur la fécondité (EMF, ou *WFS*, en anglais, pour *World fertility survey*). Son objectif était de mesurer le niveau de fécondité, ses variations et ses déterminants, ainsi que d'apporter des éléments d'information sur les connaissances, attitudes et pratiques de contraception. Un soin particulier a été porté à la comparabilité internationale. Le programme a été réalisé entre 1972 et 1984. En fait il a aussi permis de constituer la première base d'envergure sur la mortalité des enfants. Devant le succès de l'EMF, un projet d'enquête mondiale sur la mortalité, a été envisagé en 1977, mais n'a pas eu de suite.

Dans le même temps, dans le prolongement des enquêtes CAP, était mis sur pied un programme d'Enquêtes sur la prévalence de la contraception (EPC ou *CPS*, en anglais, pour *Contraceptive prevalence surveys*), qui s'est déroulé de 1977 à 1985.

En 1984, avec le programme CCCD (*Combating childhood communicable disease*) en Afrique, du CDC (*Center for disease control*) d'Atlanta, deux objectifs ont été fixés : la mesure de la mortalité et un objectif nouveau de recherche opérationnelle sur l'utilisation des services de santé, comme l'indique le titre des enquêtes MUHS (*Mortality and use of health services*) générées par ce programme. Réalisées dans des aires limitées dans trois pays, Liberia, Togo et Zaïre, ces enquêtes ont eu valeur d'enquêtes pilotes<sup>1</sup>.

À partir de 1986, un nouvel objectif particulier est mis en avant : la mesure de la mortalité maternelle.

Les objectifs de santé ont été joints à ceux de l'EMF et des CPS pour aboutir, en 1985, au lancement d'un nouveau programme mondial, les Enquêtes démographique et de santé (EDS ou *DHS*, pour *Demographic and health survey*) (Ayad et Barrère, 1991). À côté de la mesure des niveaux et déterminants de la fécondité et de la mortalité, figurent l'observation de différents aspects de la santé et

<sup>1</sup> Un numéro spécial de "*International Journal of Epidemiology*" (1993) a été consacré aux enquêtes MUHS du Libéria et du Zaïre.

de la pratique sanitaire tels que la couverture vaccinale, l'assistance à l'accouchement, la prévalence de la diarrhée, l'allaitement et l'alimentation de l'enfant, ainsi que l'approche anthropométrique de l'état nutritionnel. Nous en sommes à ce stade, puisque la troisième vague d'EDS bat actuellement son plein.

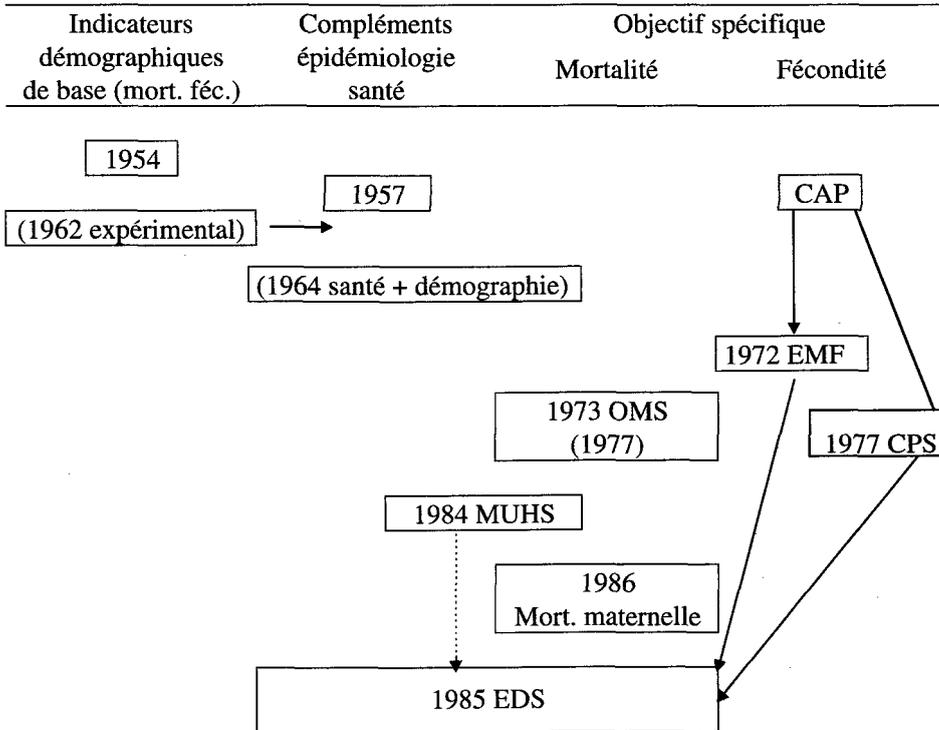


Figure 1. Évolution des objectifs des enquêtes démographiques

### 3. Évolution des méthodes d'enquête

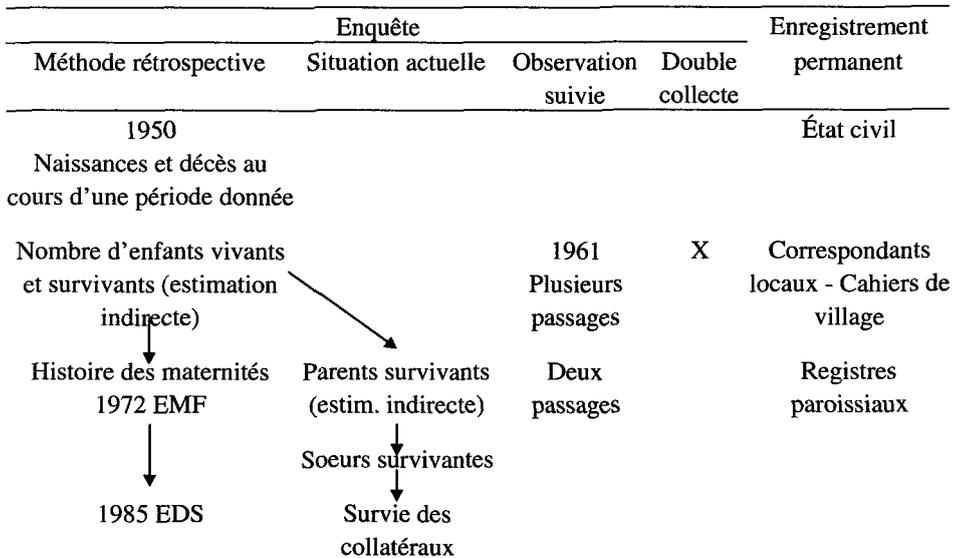
Laissons ici de côté les questions de sondage pour nous concentrer sur les méthodes d'observations des naissances et décès, dont la diversité est remarquable.

**a) La méthode rétrospective**

Avec les premières enquêtes des années 50, il s'agissait de recueillir à un moment donné, les événements se rapportant à une période passée, d'où l'expression de méthode rétrospective. Deux types de questions étaient posées sur les naissances et décès :

- une question au chef de ménage sur les naissances et décès survenus dans son ménage au cours des 12 derniers mois (plus tard, on a tenté de perfectionner la méthode en se référant au temps écoulé depuis une date connue, comme celle d'une fête populaire, pour réduire les erreurs de datation),
- une question aux femmes du ménage en âge de procréer sur le nombre de leurs enfants nés vivants et survivants (question à partir de laquelle est née la méthode de William Brass d'estimation indirecte de la mortalité et de la fécondité).

Devant les risques d'erreurs liés à la mémoire dont souffraient ces enquêtes rétrospectives, deux nouvelles méthodes ont été proposées : l'observation suivie et la double collecte.



**Figure 2. Évolution des méthodes de collecte démographique**

## ***b) L'observation suivie***

La méthode du suivi repose sur l'idée que les membres d'un groupe humain savent désigner sans ambiguïté un individu lui appartenant ou lui ayant appartenu, par une appellation et un lieu, qui représente son identité et sa localisation, autrement dit qu'on est capable, à tout moment de retrouver un individu déjà repéré une fois<sup>2</sup>.

Le suivi s'opère de préférence dans une aire géographique donnée (le sondage portant alors sur des grappes géographiques) que l'on peut étendre ou non lors de passages ultérieurs. L'observation a lieu au moins deux fois, plus si possible, à intervalles réguliers, d'où l'expression enquête à passages répétés (EPR).

Les événements, naissances, décès, survenus dans le ménage sont davantage déduits de la comparaison entre le recensement initial et les observations ultérieures que des questions rétrospectives qui néanmoins sont le plus souvent posées sur les changements intervenus depuis le passage précédent. L'observation des grossesses en cours à un passage donné est ainsi primordiale pour l'observation des naissances et décès en bas âge au passage suivant.

Cette méthode a été utilisée au niveau national au Maghreb dans les années soixante et, des tentatives ont eu lieu au Sénégal et en Côte d'Ivoire dans les années soixante-dix, mais elles ont souvent porté, avec plus de succès, sur des zones limitées, notamment dans la région du Sine-Saloum au Sénégal, où depuis 1962 existe un système d'observations annuelles répétées (Garenne et Cantrelle, 1991). Cette opération s'est ainsi transformée en véritable observatoire permanent de population. Des enquêtes à plusieurs passages ont également été conduites dans le cadre de l'UDEAC<sup>3</sup>, au début des années soixante-dix et c'est aussi la technique empruntée par les enquêtes de l'OMS sur la mortalité dans l'enfance réalisées en 1973 en Sierra Leone, en Algérie et au Soudan. Et de nouveau une enquête nationale à passages répétés a été conduite, en 1986, au Maroc.

Au niveau national, les EPR ont généralement porté sur une durée limitée à une seule année, l'objectif étant alors d'obtenir pour cette année de référence des données plus précises que par la méthode rétrospective. Cet objectif était insuffisant

---

<sup>2</sup> Cette évidence a été contestée dans son principe, notamment par des supporters inconditionnels du Programme africain de recensement. Lors d'une réunion à la CEA, l'un d'eux s'exprimait "Ces gens-là, un mois après un recensement, on ne connaît plus leur identité, ni où ils sont". On peut aussi remarquer que les recensements administratifs, si décriés par les démographes, constituaient une remarquable trame d'observation suivie sur longue durée, offrant notamment pour les actifs des âges plus précis que ceux déterminés lors des enquêtes démographiques.

<sup>3</sup> Les enquêtes pilotes du projet UDEAC ont été menées au Gabon en 1970 par Michel François, au Congo en 1972 par Pierre Duboz et au Cameroun en 1973 par Patrick Gubry. Par la suite, elles se sont trouvées en concurrence avec le Programme africain de recensement, et le projet tel qu'il était conçu initialement n'a pas eu de suite.

parce que ne tenant pas compte des variations annuelles. Mais il est vrai qu'à ce niveau une observation suivie sur une plus longue durée en aurait augmenté d'autant le coût.

C'était en revanche plus aisément réalisable sur des aires limitées. En plus de la connaissance des variations annuelles, le suivi sur une longue période offre alors la possibilité d'analyses longitudinales pour la mesure des facteurs de risque. On peut par exemple mesurer la mortalité en fonction de l'état nutritionnel ou évaluer l'effet d'une activité sanitaire sur la survie des enfants, la vaccination contre la rougeole, par exemple.

Une variante de l'observation suivie consiste à renouveler après un certain temps une opération qui n'avait pas été conçue au départ comme le premier passage d'une EPR, d'où l'appellation enquête renouvelée (Quesnel, Vaugelade, 1974). En s'appuyant sur une première source, par exemple un inventaire ou un recensement de population, ou encore un enregistrement complet de naissances, on effectue une nouvelle observation auprès de la même population. Le procédé employé dans quelques enquêtes s'est révélé efficace.

Les MUHS de 1984, au Libéria et au Zaïre, ne sont pas, à proprement parler, des observations suivies mais la répétition d'observations rétrospectives sur le même échantillon quatre ans après la précédente (*International journal of epidemiology*, 1993).

### ***c) La double collecte***

La méthode de la double collecte pose encore plus strictement le problème de l'identification, non seulement des individus, mais aussi des événements, puisqu'elle repose sur la technique de l'appariement des naissances et décès enregistrés au cours d'une même période par deux voies indépendantes.

Soutenue notamment par le *Population Council* dans les années soixante-dix (Marks, Seltzer et Krotki, 1974), en particulier au Maroc et au Libéria, cette méthode a souvent été appliquée de façon inadéquate, d'abord dans la procédure de couplage mais aussi dans l'objectif : on a voulu en faire un usage au niveau national, sur de larges échantillons et sur plusieurs années successives, et l'on s'est heurté à des coûts et des problèmes de gestion et d'intendance prohibitifs.

L'abandon de la méthode est cependant injustifié. Grâce à son système intrinsèque de contrôle d'une source par l'autre, c'est sans doute la méthode de validation des résultats obtenus la plus sûre. On devrait plus souvent l'utiliser sur des sous-échantillons dans le cadre d'opérations ordinaires plus vastes, avec cet

objectif de validation des résultats. Elle s'est, dans ce sens, révélée très utile, par exemple au Sénégal, dans l'enquête du Sine-Saloum ou pour l'évaluation du système d'état civil à Dakar.

L'ensemble de ces expériences a fait l'objet d'une synthèse sous la forme d'un manuel sur les enquêtes démographiques par sondage en Afrique (Blacker et Scott, 1974).

#### *d) L'histoire des maternités*

Ayant quasiment abandonné l'idée d'enquêtes à passages répétés ou, plus encore, de double collecte, au niveau national, on est alors revenu à des enquêtes rétrospectives à un seul passage, mais en améliorant la nature et la qualité de l'observation. Au lieu de questions globales sur le nombre d'enfants, on s'efforce de reconstituer toute l'histoire des maternités de chaque femme interrogée, voire l'histoire génésique complète (unions, grossesses, maternités, survie des enfants...). Plus encore que la méthode, c'est la technique de questionnaire et la relation enquêteur-enquêté qui conditionne la fiabilité des données (Garenne, 1994).

Diverses variantes ont été pratiquées, partant de la première naissance ou bien de la dernière. On a parfois tenté de faire des économies en ne relevant que des histoires tronquées à partir de la dernière naissance, mais aux prix d'une baisse importante de la fiabilité des résultats obtenus. L'histoire complète des maternités à partir de la première a été retenue lors de première application à l'échelle mondiale de cette technique, l'Enquête mondiale sur la fécondité. Par la suite les EDS ont tenté de se limiter à des histoires tronquées, mais elles sont vite revenues à la pratique bien supérieure des histoires complètes<sup>4</sup>.

#### *e) Questions portant sur la situation actuelle*

Les méthodes d'estimation indirecte de la mortalité à partir des enfants survivants avaient montré le profit qui pouvait être tiré de certaines questions portant sur la situation actuelle des individus ("*current status*").

Une question a d'abord été posée sur la survie des parents, pour estimer indirectement la mortalité adulte. Elle a été posée dans diverses enquêtes, notamment des enquêtes post-censitaires, et même lors d'un recensement, en Gambie.

---

<sup>4</sup> Signalons que cette méthode avait déjà été tentée dès 1957 au Zaïre.

Plus récemment, lorsque les démographes se sont intéressés à la mesure de la mortalité maternelle, une question a été posée aux femmes sur la survie de leurs soeurs. Puis, ce genre de questions a été étendu à chacun des collatéraux d'une femme, procédé qui s'apparente à celui de l'histoire des maternités ; il a d'ailleurs suivi la même évolution : aux questions globales portant sur les nombres de vivants et survivants ont succédé des descriptifs plus fins, permettant finalement d'en revenir à des mesures directes.

En bref, plusieurs procédés d'observation des événements ont été utilisés : observation rétrospective ponctuelle ou sur longue durée, observation suivie, enregistrement permanent, double collecte. Souvent, d'ailleurs, une même enquête use de plusieurs méthodes d'observation combinées.

Notons enfin que les objectifs se diversifiant, les instruments de travail et de mesure ont eux-mêmes évolué : au stylo ont été ajoutés le pèse-personne et la toise, pour la mesure du poids et de la taille, notamment avec les modules d'anthropométrie nutritionnelle des EDS. Autre exemple : une enquête démographique a été réalisée en 1993 au Cameroun, avec pour objectif conjoint de mesurer la prévalence de séropositivité VIH par test salivaire (Brouard *et al.* 1993).

#### 4. Aspects institutionnels et financiers

Lors du lancement des premières enquêtes démographiques, dans les années cinquante, les moyens financiers et le personnel étaient ceux des pays colonisateurs, mais cette situation a rapidement changé avec l'indépendance des années soixante. Si une continuité a été assurée par la formation<sup>5</sup>, le transfert du savoir-faire n'a guère suivi<sup>6</sup>. Quant aux crédits, ils ont dû alors de plus en plus être fournis par les pays eux-mêmes et par l'assistance internationale<sup>7</sup>. Les Nations Unies sont intervenues essentiellement dans le cadre du Programme africain de recensements, ne laissant qu'une part minime aux enquêtes et à l'état civil.

Les seuls programmes d'enquêtes de grande envergure, réalisés depuis près de vingt ans ont été ceux financés par les États-Unis, plus précisément l'USAID (*United States agency for international development*), d'abord l'Enquête mondiale sur la fécondité, puis les Enquêtes démographiques et sanitaires. Comment ces programmes se caractérisent-ils ?

<sup>5</sup> Formation par l'INSEE dans les pays francophones.

<sup>6</sup> Rémy Clairin, dans un article publié en 1984, déplorait l'absence de transfert du savoir-faire, comme une cause d'échec de diverses opérations (Clairin, 1984).

<sup>7</sup> Des organismes de recherche comme l'ORSTOM sont intervenus de façon ponctuelle avec leurs moyens propres, en collaboration avec les services locaux, dans une dizaine de pays : Tunisie, Sénégal, Côte d'Ivoire, Burkina, Togo, Cameroun, Congo, Madagascar...

### a) L'enquête mondiale sur la fécondité (EMF)

Si le financement de l'EMF a été assuré par l'USAID, la conception, l'exécution et la gestion en ont été confiées à l'Institut international de la statistique (IIS) et la direction à un statisticien anglais, sir Maurice Kendal ; celui-ci choisit Londres pour siège de son équipe technique. Le rôle initial des consultants américains, notamment de Princeton, a été déterminant. Après une enquête pilote aux Fidji, le programme a porté, de 1972 à 1984, sur 60 pays : 20 pays européens et 40 pays dits en développement, dont 15 en Afrique (tableau 3).

Il s'agissait d'enquêtes nationales rétrospectives à un passage, comportant aussi quelques questions sur la situation actuelle, par exemple sur l'allaitement ou les pratiques contraceptives. Ce programme a permis une avancée technique importante dans le domaine des enquêtes.

Il a tout d'abord été marqué par l'adoption d'une nouvelle forme de questionnaire<sup>8</sup> comprenant un diagramme de saut, apportant une aide importante à l'enquêtrice et améliorant le contrôle, ainsi qu'une traduction des questions en langues locales. Quelques adaptations particulières du questionnaire ont été faites en fonction du choix des pays.

Le programme a aussi apporté un soin particulier à la sélection du personnel, sa formation et son encadrement, ainsi qu'aux règles de contrôle. L'engagement généralisé d'enquêtrices pour les questionnaires individuels a constitué une nouveauté.

L'organisation du travail a été un troisième terrain d'innovations, avec, en particulier, pour l'exploitation, des règles précises d'imputation des réponses incomplètes, mais aussi l'obligation de production de rapport, dans des délais raisonnables : un délai moyen de 18-24 mois entre l'accord initial et la sortie du rapport préliminaire.

L'ensemble de ces procédures a fait l'objet d'une série de manuels techniques de référence, en plusieurs langues : anglais, français, espagnol et arabe.

Enfin, après la présentation des résultats aux utilisateurs potentiels dans le pays d'enquête, un des objectifs annoncés était d'assurer la comparabilité internationale, ce qui a été rendu possible grâce à la normalisation des

---

<sup>8</sup> L'enquête elle-même comporte deux temps : l'établissement d'une feuille de ménage, permettant de sélectionner les femmes pour enquête principale, et un questionnaire individuel s'adressant aux femmes en âge de procréation. Celui-ci comprend les sept sections suivantes : caractéristiques de la femme, fécondité, contraception, allaitement et santé de la mère et des enfants, mariage, préférence en matière de fécondité, caractéristiques du conjoint et travail de la femme.

questionnaires et des procédures d'exploitation, aboutissant à la constitution d'une banque de données largement disponible pour des études comparatives.

### ***b) Les enquêtes démographiques et de santé (EDS)***

Devant le succès de l'EMF, l'USAID a décidé de financer un nouveau programme, de même type, les EDS, qui a pris la suite de l'EMF, à partir de 1984. Cette fois, l'exécution et la gestion en ont été confiées à un organisme privé américain, d'abord l'*Institute for resource development*, organisme de recherche et d'assistance technique, puis *Macro International*. La même méthode que celle de l'EMF a été adoptée, ainsi que la même organisation du travail. Mais le transfert du savoir-faire a compté plus encore que celui des manuels techniques ; ceci a d'ailleurs été facilité par le transfert d'une partie de l'équipe d'assistance technique de l'EMF vers l'EDS.

Des modules de questions supplémentaires ont été élaborés pour être utilisés dans les pays intéressés, notamment sur l'anthropométrie nutritionnelle, les causes de décès des enfants, la mortalité maternelle, le Sida... Un effort particulier a été fait pour faciliter l'exploitation des résultats avec la création du logiciel ISSA, spécifique aux EDS.

Jusqu'à présent, le programme EDS s'est déroulé en trois phases successives (tableau 3) :

- EDS1 de 1985 à 1990 sur 29 pays, dont 15 en Afrique,
- EDS2 de 1990 à 1993 sur 23 pays, dont 13 en Afrique,
- EDS3 de 1993 à 1995 sur 20 pays, dont 10 en Afrique.

Les enquêtes EDS de l'USAID constituent actuellement la principale, sinon la seule, source de données sur la population et la santé à l'échelle internationale, dans la plupart des pays africains. La contrainte d'un cadre rigide d'enquête a pour contrepartie l'efficacité dans la production de résultats.

Sans que la stratégie soit annoncée, elle se dégage des faits : une sélection de pays enquêtés à quelques années d'intervalle. Certes la participation relève de trois composantes : l'autorité nationale qui est responsable des opérations, l'avis de l'équipe EDS et celui de l'USAID. Mais c'est en définitive de la direction de l'USAID que relève la décision, à travers le financement.

Rétrospectivement, on peut dire que, si les enquêtes démographiques ont été développées pour pallier les carences du système d'état civil, elles ont en fait permis d'élargir considérablement le champ des variables explorées. Elles répondent ainsi

**Tableau 3. Programmes de l'enquête mondiale sur la fécondité (EMF) et de l'enquête démographique et santé (EDS) en Afrique**

Pays	EMF	EDS1	EDS2	EDS3
<b>Afrique du Nord</b>				
Égypte	1980	1988-89	1992	
Maroc	1980	1987	1992	1995 (a)
Soudan	1978-79	1989-90		
Tunisie	1978	1988		
<b>Afrique de l'Ouest</b>				
Bénin	1981-82			
Burkina Faso			1992-93	
Côte d'Ivoire	1980-81			1994
Ghana	1979-80	1988		1993
Guinée			1992 (b)	
Liberia		1986		
Mauritanie	1980-81			
Mali		1987		1995
Niger			1992	
Nigeria	1981-82	1986-87 (c)	1990	
Sénégal	1978	1986	1992-93	
Togo		1988		
<b>Afrique de l'Est</b>				
Burundi		1987		1995
Kenya	1977-78	1988-89		1993
Madagascar			1992	
Malawi			1992	
Ouganda		1988-89		1995
Rwanda	1983		1992	
Tanzanie			1991-92	1994
Zambie			1992	
Zimbabwe		1988-89		1994
<b>Afrique centrale</b>				
Cameroun	1978		1991	
RCA				1994-95
<b>Afrique australe</b>				
Botswana	1984	1988		
Lesotho	1977			
Namibie			1992 (d)	
(a) Panel ; (b) Financement du FNUAP ; (c) Ondo State ; (d) Financement de la Banque Mondiale.				

davantage aux besoins d'information sur la population et la santé, mais seulement à l'échelle globale du continent. Car au niveau des pays, comme on l'a vu au début, seule une minorité dispose d'indicateurs pour une année donnée, et presque aucun de série chronologique sur la mortalité et la fécondité.

L'enregistrement permanent, l'état civil, est resté délaissé, à part quelques rarissimes tentatives de réhabilitation (François, 1994). Sans attendre l'amélioration du fonctionnement à un niveau national, des séries de données de bonne qualité existent pourtant dans plusieurs pays qu'il suffirait d'exploiter à peu de frais<sup>9</sup>. Récemment, c'est l'épidémie de sida qui a été l'occasion de revenir à cette source (Garenne, 1994). Qui en a eu l'initiative ? Une organisation américaine avec le financement de l'USAID.

L'évocation de l'évolution sur les dernières décennies devrait aider à rechercher les causes de la situation actuelle et à proposer des solutions.

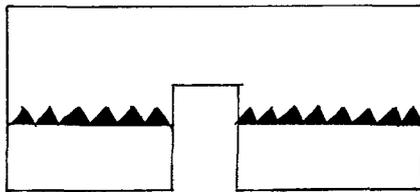
## Références bibliographiques

- AYAD Mohamed et BARRÈRE B., 1991. – "Présentation des enquêtes démographiques et de santé", *Population*, vol. 46, n° 4, p. 964-974.
- BLACKER John et SCOTT Christopher, 1974. – *Manuel sur les enquêtes démographiques par sondage en Afrique*. – Addis Abeba, CEA/UNESCO, 263 p. (E/CN 14/CAS.7/17/Rev2).
- BROUARD Nicolas *et al.*, 1993. – *Acceptabilité d'un prélèvement salivaire lors d'un recensement démographique. Résultats d'une pré-enquête dans la région de Mfou (Cameroun)*. – Paris, INED.
- CANTRELLE Pierre, 1974. – *La méthode de l'observation suivie par enquête à passages répétés*. – Chapel Hill, Caroline du Nord, Laboratories for population statistics, Scientific report, n° 14, 36 p.
- CLAIRIN Rémy 1984. – "Quelques réflexions sur la collecte démographique", *Statéco* n° 25, p. 5-26.
- FRANÇOIS Michel, 1994. – *Rapport de mission en Guinée, septembre 1994*. – Paris, CEPED.
- GARENNE Michel, 1994. – "Do women forget their births ? A study of birth histories in rural Senegal", *United Nations Population Buletin*, n° 36, p. 43-54. (Communication présentée au séminaire de l'Antwerpen School of Tropical Medecine, 12-14 décembre 1985).
- GARENNE Michel *et al.* – *Conséquences démographiques du SIDA en Abidjan : 1986-1992*. – Paris, CEPED, à paraître en 1995.

---

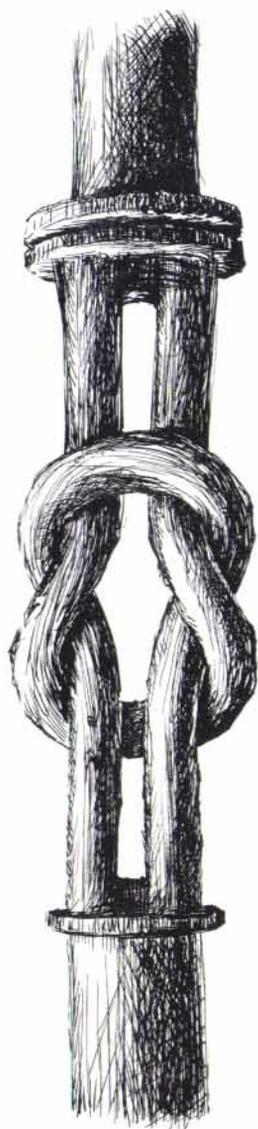
<sup>9</sup> Par exemple le travail de Ibrahima Diop sur Saint Louis du Sénégal, ou celui de Philippe Fargues et Ouaidou Nassour sur Bamako.

- GARENNE Michel et CANTRELLE Pierre, 1986. – "Mortalité des enfants ayant participé à un programme de protection nutritionnelle (Diohine, Sénégal)", in : *Estimation de la mortalité du jeune enfant (0-5 ans) pour guider les actions de santé dans les pays en développement*, p. 541-544. – Paris, Séminaire INSERM, Vol. 145, 567 p.
- GARENNE Michel et CANTRELLE Pierre, 1991. – *Three decades of research on population and health : the ORSTOM experience in rural Senegal : 1962-1991*. – Paris, ORSTOM, 43 p. (Communication présentée au séminaire de Saly-Portudal, Sénégal, octobre 1991).
- International Journal of Epidemiology*, 1993, vol. 22, Supplément 1.
- MARKS Eli S., SELTZER William et KROTKI Karol, 1974. – *Population growth estimation : a handbook of vital statistics measurement*. – New York, The Population Council, 481 p.
- QUESNEL André et VAUGELADE Jacques, 1974. – "L'enquête renouvelée : enrichissement de l'observation et de l'analyse des migrations temporaires et définitives", in : CICRED (éd.), *Les migrations internationales*, p. 67-72. – Paris, 325 p. (Séminaire sur la recherche démographique en liaison avec les migrations internationales, Buenos Aires, 5-11 mars 1974).
- The Population Council, 1970. – *A manual for surveys of fertility and family planning : knowledge, attitudes and practices*. – New York, 405 p. (Key Book Service).





CENTRE FRANÇAIS SUR LA POPULATION ET LE DÉVELOPPEMENT



CLINS D'ŒIL  
DE DÉMOGRAPHES  
À L'AFRIQUE

et à

Michel François