

Dem

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES SUR L'OUEST AFRICAIN

P. CANTRELLE

La population de l'ensemble de l'Afrique est d'environ 250 millions d'habitants. L'Afrique continentale au Sud du Sahara ne comprend pas l'Afrique du Nord et du Nord-Est (Egypte, Soudan, Ethiopie et Somalie) ni Madagascar et les îles périphériques. Elle compte 150 millions d'Africains et 4,5 millions d'Européens et de Sud-Asiatiques. Les neufs dixièmes de ceux-ci vivent dans la partie Sud et Centre-Sud.

L'Ouest africain, la région la plus nombreuse de l'Afrique continentale au Sud du Sahara comprend 44 % de la population.

| Afrique | Population en millions | Densité/km ² |
|---------------------|------------------------|-------------------------|
| Ensemble | 250 | 8 |
| Au Sud du Sahara.. | 154 | 10 |
| Ouest Africain | 68,5 | 20 |

Il y a bien sûr de grandes variations de densité à l'intérieur d'une région ou d'un Etat, par exemple au Dahomey : moins de dix habitants au km² dans le Nord et près de cent dans le Sud.

QUELQUES ÉLÉMENTS DU CONTEXTE DE LA DÉMOGRAPHIE AFRICAINE

Les variations considérables de densité ne sont pas la seule expression des différenciations en Afrique Noire.

Dans l'Ouest, une répartition des climats et par conséquent des milieux géographiques en bandes à peu près horizontales du Nord au Sud, va de la sécheresse saharienne à la forêt dense, saturée d'humidité, mis à part un climat plus favorable sur la bande côtière occidentale.

Ces climats créent une opposition dans les types de production alimentaire. Dans les Savanes du Nord, les aliments de base sont des céréales, mils et sorghos, de meilleure qualité nutritive que le riz, mais dont le rendement est faible en général et soumis aux aléas des récoltes ; dans le Sud, des tubercules, igname, manioc... très pauvres en protéines.

Les protéines d'origine animale sont en général consommées en quantité inférieure aux besoins reconnus. Dans le Nord, la production du lait n'est que saisonnière à cause de la sécheresse pendant la plus grande partie de l'année. Le bétail lui-même est rarement consommé, car il est considéré comme un capital. Au Sud, la trypanosomiase interdit au gros bétail d'y vivre. La pêche dans les deux fleuves du Sénégal et du Niger, sur la côte sénégalaise ou dans les lagunes dahoméennes fournit des tonnages intéressants, mais qui ne profitent qu'aux riverains ou à ceux qui, situés sur les axes de transport, ont un pouvoir d'achat suffisant pour s'en procurer.

On ne s'étonnera donc pas de carences et de déséquilibres alimentaires fréquents, mais variables d'une région à l'autre.

Le milieu intertropical ne conditionne pas que le terrain carenciel de l'individu, il sert aussi de support à l'agent infectieux et à son vecteur. En plus des agents infectieux habituels en Europe, il en favorise d'autres tels ceux du paludisme, de la trypanosomiase, de la fièvre jaune.

On conçoit que le milieu physique marque d'une empreinte profonde l'existence de l'homme en milieu intertropical et lui ait difficilement permis de se situer au-dessus d'un équilibre précaire. Il est vraisemblable que des ponctions d'hommes et d'énergie, comme la traite des esclaves, ont contribué à rompre cet équilibre et empêché le pouvoir d'action de l'homme sur le milieu de se développer, contrairement à l'Europe au cours des derniers siècles.

G. R. S. T. O. M.

1583

Collection de Référence

n° 12981 Demogr

10 FEB 1969

Le milieu humain reflète également de grandes diversités. Il y a moins de différence entre un Lapon et un Sicilien qu'entre un Peul et un Yoruba du Dahomey, entre un Touareg et un Lobi de Haute-Volta.

Comme en Europe, les mariages inter-ethnies sont peu fréquents, mais ce qui marque davantage les caractéristiques biologiques d'une population, c'est le système de mariage propre à une ethnie. Dans certaines ethnies comme les Peuls, les mariages entre cousins germains sont préférés, alors qu'il sont interdits jusqu'à un degré très éloigné chez les Mossi de Haute-Volta, avec lesquels les Peuls vivent pourtant en voisins et en symbiose économique. Ces caractéristiques sociologiques expliquent qu'on trouve ici les extrêmes dans la valeur des coefficients de consanguinité et par conséquent dans la structure génétique des populations. La recherche médicale ne peut négliger ces faits.

Ces différences reflètent d'ailleurs la grande hétérogénéité ethnique d'une région comme l'Ouest africain : plus de trois cents langues et dialectes différents, répartis dans des systèmes culturels variés.

C'est avec ce fond traditionnel que compose l'action médicale apportée par la médecine européenne.

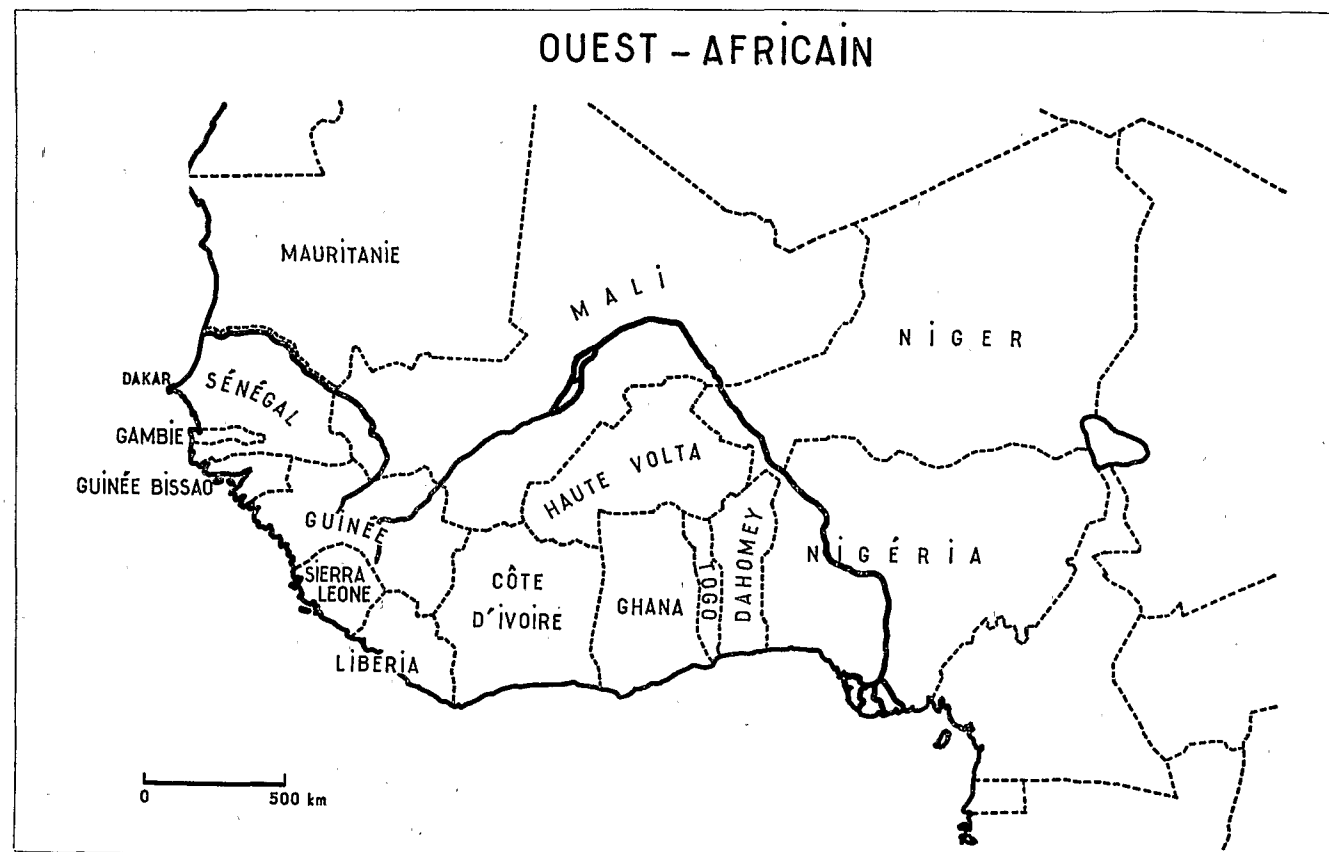
On ne peut donc imaginer « l'africain » à travers des stéréotypes dépassés ou « à propos de trois cas de... chez l'africain ».

A ce trop bref aperçu ajoutons les structures politiques inscrites par la colonisation et diversifiées depuis l'indépendance récente, qui a créé en Afrique Occidentale : neuf Etats francophones (Sénégal, Mauritanie, Mali, Guinée, Côte d'Ivoire, Dahomey, Togo, Haute-Volta, Niger), quatre Etats anglophones (Gambie, Libéria, Ghana, Nigéria), la fédération du Nigéria comptant à elle seule plus d'habitants que le reste de l'Ouest africain. A ceci s'ajoute la colonie portugaise de la Guinée-Bissao.

SOURCES ET DÉVELOPPEMENT DES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Les données démographiques sont de deux sortes : d'une part l'état de la population, son profil à un moment donné, traduit par une pyramide d'âge, et que fournissent habituellement les recensements ; d'autre part la dynamique de la population, c'est-à-dire son mouvement naturel, naissances et décès, et ses mouvements migratoires ; on obtient en Europe les statistiques sur les naissances, mariages et décès à partir des déclarations à l'état-civil.

En Europe, des recensements assez précis étaient établis depuis le 18^e siècle. En France une ordonnance de François 1^{er} avait prescrit la tenue des registres paroiss-



siaux, qui ont en fait été généralisés à l'ensemble du royaume plus d'un siècle plus tard et sont devenus les registres d'état-civil laïc à la Révolution.

En Afrique, on ne disposait de recensements et de registres d'état-civil que pour la population d'origine européenne. Dès le début de la période coloniale, les autorités administratives ont fait régulièrement des dénombrements de la population ; ces dénombrements ont un but fiscal, les personnes de moins de quinze ans et les personnes âgées sont mal dénombrées, puisque non imposables.

Ces données laissent donc de grandes lacunes.

Le système d'état-civil ne fonctionne que dans quelques centres, notamment à Dakar depuis 1914. Mais en zone rurale qui compte plus de 80 % de la population, les statistiques d'état-civil sont inutilisables, car malgré la réglementation (généralisée en 1951 dans les pays sous administration française), la proportion des naissances déclarées reste seulement de l'ordre de une sur dix et celles des décès de un sur trente.

L'enregistrement des naissances et décès par les formations médicales ne concerne qu'une fraction minime et non représentative de la population.

En l'absence de sources habituelles, il était nécessaire d'utiliser des méthodes adaptées aux conditions locales.

Depuis une vingtaine d'années les responsables gouvernementaux ont pris conscience de la nécessité d'une connaissance démographique plus assurée comme fondement de politique économique et sociale, stimulés aussi dans ce sens par l'Organisation des Nations unies.

Parallèlement les méthodes de collecte et d'exploitation de données démographiques progressaient ainsi que la théorie et l'application des méthodes de sondage.

Le sondage a l'avantage d'être moins onéreux que le recensement complet d'un Etat. Sur l'échantillon tiré de villages, la méthode consiste en un recensement classique de la population au cours duquel on demande systématiquement dans chaque famille les naissances et décès survenus pendant les douze mois précédant le recensement, ainsi qu'à chaque femme, le nombre total de ses enfants nés vivants, et survivants.

Les services de Statistiques dans les pays francophones dont le personnel d'encadrement était formé à l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (*) entreprirent des enquêtes de ce type de 1955 à 1965 sur des échantillons de population représentant l'ensemble de chaque Etat. Dans les autres Etats également des recensements ont été réalisés. On a ainsi commencé à émerger de l'ignorance sur la structure et l'évolution démographique.

Mais bien que fondées sur des méthodes semblables, la qualité de ces enquêtes a varié d'un pays à l'autre. Une synthèse des résultats des enquêtes concernant les Etats francophones d'Afrique Occidentale et Centrale est en cours. D'autre part, l'Office of Population Research de l'Université de Princeton (USA) a mis au point des tests de concordance pour juger de la validité des données et corriger éventuellement les résultats.

Pour l'ensemble de l'Afrique du Sud du Sahara, l'enquête du Congo-Léopoldville (1955-57) peut être considérée comme la meilleure. En Afrique Occidentale, plusieurs enquêtes sont jugées d'assez bonne qualité ; quelques résultats rectifiés de celles-ci sont mentionnés dans le tableau ci-dessous.

(*) I.N.S.E.E. (Service de Coopération, 29, quai Branly - Paris-7^e).

ESTIMATION DE LA FÉCONDITÉ ET DE LA MORTALITÉ DANS QUELQUES POPULATIONS DE L'OUEST AFRICAIN (**)

| Région | Année de l'enquête | Naissances pour 1.000 habitants | Décès pour 1.000 habitants | Fécondité totale | Proportion d'enfants survivants à l'âge de 2 ans p. 1.000 | Décès d'enfants de moins de 1 an p. 1.000 naissances |
|---------------------------|--------------------|---------------------------------|----------------------------|------------------|---|--|
| Guinée..... | 1954-1955 | 46 | 38 | 5,8 | 688 | 246 |
| Mali (delta central)..... | 1956-1958 | 50 | 40 | 6,9 | 574 | 344 |
| Vallée Sénégal..... | 1957 | 46 | 27 | 6,3 | 717 | 223 |
| Côte-d'Ivoire..... | 1957-1958 | 55 | 32 | 7,3 | 751 | 195 |
| Haute-Volta..... | 1960-1961 | 49 | 36 | 6,5 | 660 | 270 |
| Dahomey..... | 1961 | 49 | 33 | 6,4 | 719 | 221 |

(**) Extrait de A.-J. COALE. — Estimates of fertility and mortality in tropical Africa. Population Index. Princeton University, avril 1966.

Dans d'autres enquêtes les estimations sont moins concordantes.

Ce type d'enquête se heurte en effet à certaines difficultés ; citons par exemple l'absence de déclaration des naissances dans un bureau d'état-civil qui entraîne des imprécisions importantes sur l'estimation de l'âge ; la période rétrospective de douze mois est sujette à des inexactitudes ; le chef de famille risque d'omettre des décès en particulier ceux d'enfants en bas âge ; la mortalité est sous-estimée par rapport à la natalité, etc.

On imagine que malgré l'apport considérable de ces enquêtes, les données sont parfois difficiles à interpréter ; de plus elles ne fournissent souvent que l'image d'une courte période, en particulier pour les taux de mortalité, et il serait relativement coûteux de les renouveler.

C'est pourquoi on a préféré à ces enquêtes rétrospectives au cours d'un passage unique des observations répétées sur une même population pendant plusieurs années successives. On réduit ainsi les erreurs liées à la mémoire des personnes interrogées. Ce genre d'enquête permet de mieux tester la valeur des précédentes. Malheureusement, elles ne peuvent être envisagées que sur des régions limitées. Jusqu'à présent, les seules enquêtes de ce type portant sur un effectif suffisant et qui ont donné des résultats, sont celles entreprises au Sénégal depuis 1963 (région du Sine-Saloum et région de Khombole) les taux de mortalité calculés sont en général plus élevés parce que fondés sur des données plus précises.

QUELQUES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES

REPARTITION PAR AGE.

Comme dans les autres pays du tiers-monde, la pyramide des âges a une base élargie par la forte proportion de jeunes, 40 à 45 % de moins de 15 ans et la faible proportion de personnes âgées. C'est l'inverse en Europe, en France par exemple où la proportion de jeunes n'est que de 32 %.

On devrait tenir compte de cette répartition par âge si l'on voulait comparer des taux bruts de natalité ou de mortalité. Dire que la mortalité générale est quatre fois plus élevée en Haute-Volta (49 pour mille) qu'en France vers 1960 (12 pour mille) n'a guère de sens, étant donné la forte proportion de personnes âgées en France et que celles-ci ont naturellement une mortalité élevée.

La répartition par âge ou selon d'autres caractéristiques, ethnies, situation matrimoniale, socio-profession-

nelle, etc., permet également de rapporter un nombre de cas ou de décès d'une cause déterminée à l'effectif correspondant, pour obtenir des taux, constamment utilisés dans les statistiques médicales et sanitaires.

FECONDITE

Les femmes ont une puberté plus tardive qu'en Europe actuellement ; elles sont cependant en général mariées plus jeunes, et pratiquement toutes mariées. En termes de démographie, on pourrait dire que la période de fécondité de l'effectif féminin est apparemment utilisée au maximum, ceci expliquerait la fécondité relativement élevée, six à sept enfants par femme en **moyenne**, dans les enquêtes citées.

Cependant, si l'on compare avec le milieu européen non malthusien du 18^e siècle, on constate qu'elle est en général moindre qu'en Europe et à plus forte raison moindre que chez les canadiennes françaises des siècles derniers.

Signalons aussi que toute une zone de fécondité relativement faible existe en Afrique centrale. D'autre part, il semble que les Peuls semi-nomades ont une fécondité moins élevée que leurs voisins.

La durée de l'interdit des rapports après l'accouchement, la durée de l'allaitement ont un rôle important dans la détermination du niveau de fécondité.

Il est vraisemblable que la polygamie diminue la fécondité moyenne. C'est en général vers l'âge de 60 ans que les hommes ont en moyenne le plus d'épouses, environ 150 femmes pour 100 hommes mariés. Mais dans l'ensemble des hommes mariés, les trois-quarts sont monogames.

On sait peu de choses sur la régulation des naissances, l'avortement. En zone urbaine, dans certains milieux — en particulier santé, enseignement — une prise de conscience se révèle, cependant que baisse la mortalité des enfants.

En zone rurale, au Sénégal, dans l'enquête du Sine-Saloum, on tente de mesurer les liaisons entre l'intervalle des naissances, la durée de l'allaitement et la mortalité dans l'enfance.

LA MORTALITE

En milieu rural atteint en effet des niveaux effarants pour notre époque.

Dans les enquêtes précises, on trouve plus de la moitié des décès de la population entière chez les enfants

de moins de trois ans, et c'est chez les enfants de moins de cinq ans que sont comptés les deux tiers des décès d'une population.

A ces niveaux de mortalité, près d'un enfant sur deux n'atteint pas l'âge de cinq ans.

La mortalité dans la première année, dite mortalité infantile, peut dépasser 200 pour mille, soit un enfant sur cinq qui meurt avant d'atteindre son premier anniversaire. En France, elle est près de dix fois moindre (27 pour mille vers 1960).

Il s'agit surtout de la mortalité du premier mois ; les mois suivants, elle s'abaisse, mais fait caractéristique, elle commence à remonter vers l'âge de 6 mois pour atteindre un pic vers 18 mois, époque habituelle du sevrage.

Ainsi la mortalité de 1 à 4 ans (de 60 à 90 pour mille enfants de ce groupe d'âge) est près de cinquante fois plus élevée qu'en France (de 1,5 à 2 pour mille).

Dans la France du 18^e siècle, la mortalité dans la première année dépassait 200 pour mille comme en Afrique, mais elle s'abaissait ensuite régulièrement sans présenter le pic de mortalité souligné plus haut. Les laitages abondaient à cette époque.

Il est très probable que les agents infectieux agissent en synergie avec le terrain carenciel à cet âge.

Le terrain de malnutrition n'est peut-être pas lié seulement aux disponibilités alimentaires d'un pays, mais à la répartition de ces disponibilités dans le ménage, aux soins particuliers donnés à l'enfant de ce groupe d'âge.

En effet, la mortalité de 1 à 4 ans semble du même ordre de grandeur dans la vallée du Sénégal que dans le Sine-Saloum, alors que poisson et lait sont disponibles en alternance dans la vallée, mais qu'ils apparaissent en quantités très faibles dans le Sine-Saloum.

Soulignons d'autre part des différences d'une région à l'autre, qui ne semblent pas liées aux variations épidémiques annuelles, et laisseraient supposer l'intervention d'autres facteurs écologiques.

Les grandes variations dans la mortalité saisonnière traduisent aussi l'empreinte du milieu. Dans l'ouest de la zone soudanienne la mortalité est beaucoup plus forte à la fin de la saison des pluies. Dans la partie plus continentale de cette zone, c'est au contraire pendant la saison sèche que s'élève la mortalité.

Peut-on mesurer le rôle des divers groupes d'affection dans la mortalité ? On a déjà mentionné que les formations hospitalières ont un recrutement non représentatif de l'ensemble de la population. Elles ne peuvent donner que des indications qualitatives à cette

échelle, mis à part quelques grands centres où l'enregistrement des décès est systématique.

Les enquêtes démographiques sont représentatives mais ne peuvent fournir des renseignements sur les causes de décès sauf pour quelques causes ou circonstances de décès tels que les accidents, les décès liés à l'accouchement, et aussi pour des diagnostics évidents comme la variole, la rougeole.

En ce qui concerne le groupe d'âge 1-4 ans et les années étudiées, la rougeole était relevée dans un décès sur dix au Dahomey, un sur trois en Haute-Volta ; au Sénégal, un sur quatre dans le Sine-Saloum (1964) et plus encore dans la vallée (1957).

Signalons à titre d'exemple que les taux de mortalité par morsure de serpent ont pu être évalués pour la période étudiée à environ 11 pour 100.000 habitants en Haute-Volta, 31 au Dahomey. Ce taux est du même ordre de grandeur que ceux de mortalité par accident de la circulation dans les pays fortement motorisés (autour de 20 pour 100.000 habitants).

EQUIPEMENT MÉDICAL ET MORTALITÉ

On connaît la densité médicale très faible en Afrique. Mais si on compare plusieurs pays entre eux il faut au préalable vérifier la façon dont cette densité a été calculée.

Par exemple la Haute-Volta en 1960 était divisée en 22 circonscriptions médicales chacune sous la responsabilité d'un unique médecin. Il y avait donc en moyenne pour la population rurale, un médecin pour 200.000 habitants ; cette proportion variait du simple au quadruple selon la circonscription.

La mortalité générale observée en 1960 ne semble pas liée à cette densité médicale rurale. Il est d'ailleurs concevable qu'à un tel niveau la mortalité dans l'ensemble de la population ne soit pas influencée par la densité médicale.

Les dispensaires tenus par un infirmier améliorent-ils cette situation ? En Haute-Volta, 56 % de la population rurale en 1960 habitait à plus de dix kilomètres d'un dispensaire. Mais les taux de mortalité étaient aussi élevés, que le dispensaire soit éloigné ou proche, et même situé dans le village.

Une étude faite dans un arrondissement du Sénégal sur le lieu d'origine des personnes qui fréquentent la consultation d'un dispensaire rural montrait que, pour l'année observée, les deux tiers de l'activité des dispensaires servaient seulement aux habitants des villages où ils sont situés, c'est-à-dire seulement au dixième de la population de la zone.

ACCROISSEMENT NATUREL

C'est la différence entre la natalité et la mortalité.

Dans les enquêtes mentionnées le taux d'accroissement naturel annuel pour les périodes étudiées serait de 0,8 % en Guinée, 1,0 dans le delta central du Mali, 1,3 en Haute-Volta, 1,6 au Dahomey, 1,9 dans la vallée du Sénégal, 2,3 en Côte d'Ivoire.

A un taux d'accroissement annuel de 1,5 % la population double en moins de 50 ans ; à 2,5 % elle double en moins de 30 ans, c'est-à-dire en une génération.

Mais il est vraisemblable que ce taux d'accroissement va s'élever pendant les années à venir dans certaines régions, non par augmentation de la fécondité mais par diminution de la mortalité, comme cela s'observe actuellement dans les centres urbains où la mortalité est beaucoup moins élevée qu'en milieu rural.

TAUX DE MORTALITÉ ET INDICATEURS SANITAIRES

Le taux d'accroissement naturel, sert de base aux économistes et aux planificateurs pour prévoir l'équilibre entre la population et ses ressources.

Parallèlement on voit quel intérêt les responsables de la santé d'une population ont à disposer d'indicateurs démographiques, en particulier ceux de mortalité et de morbidité.

La mortalité du groupe d'âge 1-4 ans peut être réduite de façon spectaculaire par de simples mesures d'assainissement, d'éducation nutritionnelle, et bien entendu de prophylaxie de masse.

Les taux de mortalité à cet âge constituent donc un indicateur très sensible non seulement des besoins fondamentaux d'une population, mais aussi de l'efficacité d'une action médico-sanitaire déterminée.

Il serait souhaitable d'utiliser systématiquement des indices de ce genre pour comparer, à un coût donné, l'efficacité directe et induite d'actions sanitaires différentes afin de choisir les meilleurs moyens, compte tenu de budgets nationaux restreints.

Office de la Recherche Scientifique et Technique outre-mer. L'auteur démographe et médecin a participé à diverses enquêtes démographiques en Ouest-Africain et dirige actuellement celle du Sénégal.

EXTRAIT DE LA

Gazette
Médicale
de France

10-12, RUE VINEUSE - PARIS 16^e - TRO. 21-17 et 85-60

12981