

Douze ans de mortalité urbaine au Sahel

Author(s): Philippe Fargues

Source: *Population (French Edition)*, 43e Année, No. 6 (Nov. - Dec., 1988), pp. 1123-1126

Published by: Institut National d'Études Démographiques

Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/1533208>

Accessed: 04/03/2009 11:31

Your use of the JSTOR archive indicates your acceptance of JSTOR's Terms and Conditions of Use, available at <http://www.jstor.org/page/info/about/policies/terms.jsp>. JSTOR's Terms and Conditions of Use provides, in part, that unless you have obtained prior permission, you may not download an entire issue of a journal or multiple copies of articles, and you may use content in the JSTOR archive only for your personal, non-commercial use.

Please contact the publisher regarding any further use of this work. Publisher contact information may be obtained at <http://www.jstor.org/action/showPublisher?publisherCode=ined>.

Each copy of any part of a JSTOR transmission must contain the same copyright notice that appears on the screen or printed page of such transmission.

JSTOR is a not-for-profit organization founded in 1995 to build trusted digital archives for scholarship. We work with the scholarly community to preserve their work and the materials they rely upon, and to build a common research platform that promotes the discovery and use of these resources. For more information about JSTOR, please contact support@jstor.org.



Institut National d'Études Démographiques is collaborating with JSTOR to digitize, preserve and extend access to *Population (French Edition)*.

DOUZE ANS DE MORTALITÉ URBAINE AU SAHEL

*Présentation d'un Cahier de l'INED **

Le démographe africaniste est généralement démuni pour répondre au médecin, au planificateur ou au journaliste qui l'interrogent sur la conjoncture de la mortalité. Dans ce continent où la mortalité demeure la plus élevée et la plus capricieuse du monde, aucun baromètre ne permet d'en suivre l'évolution. Tandis que l'état civil pourrait bientôt permettre d'observer la fécondité, on ne doit fonder aucun espoir d'en obtenir, dans un futur proche, une statistique fiable des décès à l'échelle nationale. Les enquêtes spécialisées ont permis des progrès décisifs, en indiquant des tendances et en dégagant quelques grands facteurs d'inégalité devant la mort. Elles demeurent cependant de piètres instruments pour suivre avec précision les fluctuations de la mortalité, donc pour évaluer l'efficacité d'un programme de santé.

Quelques sources de données existent pourtant par endroits. Ce sont tous les registres et fichiers que tiennent régulièrement les administrations de santé publique, voire l'état civil, parfois depuis des décennies.

Ces registres ne constituent qu'une source latente car, sauf exception, ils ne sont jamais dépouillés. Archivés souvent avec grand soin, on ne les ouvre que pour dresser des actes administratifs. A peu de frais, on peut en tirer une statistique de décès dans des délais suffisamment courts pour satisfaire les besoins de la santé publique.

La statistique ainsi collectée est incomplète, car elle ne concerne que les populations que touchent ces registres. Elle est imparfaite, car ces registres comportent parfois des indications erronées sur l'âge et sur la cause de décès, sans offrir le moindre moyen de redressement. Dans ces conditions, les méthodes d'évaluation élaborées par le démographe tiennent un rôle clé. Elles ont pour tâche d'extraire des données brutes l'image la moins biaisée possible de la mortalité. Ce livre leur consacre une place importante.

Cinquante cinq mille actes de décès et de mortinaissance ont été dépouillés pour cette étude. Ils fournissent un tableau très fin de la mortalité à Bamako de 1974 à 1985.

* Paris, INED/PUF, 1988, 200 p. (*Travaux et Documents*, Cahier n° 123).

Durant cette période, l'espérance de vie à la naissance s'établit en moyenne à 50 ans pour les hommes et à 55 ans pour les femmes. La mortalité infantile et juvénile est élevée pour un milieu urbain : la probabilité pour un nouveau-né de décéder avant son cinquième anniversaire est proche de 200 pour 1000. A l'image de ce qui a été observé dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest, les probabilités de décéder entre 0 et 1 an et entre 1 et 5 ans sont voisines. La mortalité néonatale représente à elle seule entre le tiers et la moitié de la mortalité infantile.

A cette forte mortalité des premières années, succède une mortalité relativement faible entre 5 et 40 ans, par comparaison avec les populations du passé européen. Les principaux bénéficiaires de la médecine préventive mise en place récemment sont en effet les jeunes générations. Grâce aux programmes de vaccinations et à la surveillance infantile et juvénile, leur mortalité a baissé profondément, tandis que leurs aînés continuent à subir un régime « ancien ». Cet effet de génération est accentué par l'hétérogénéité de la population quant à ses origines : les natifs de Bamako ont eu accès à la médecine plus aisément que les personnes originaires des zones rurales, et n'ont sans doute pas traversé les mêmes crises alimentaires. Ainsi protégés de certains risques de mortalité ultérieure, les premiers ont à chaque âge de meilleures chances de survie que les seconds, arrivés à Bamako porteurs d'une pathologie plus lourde.

La mortalité du sexe masculin est supérieure à celle du sexe féminin à l'exception de deux groupes d'âges :

— 1-4 ans, où le quotient s'élève à 102 pour 1 000 chez les filles (moyenne 1974-85) contre 95 pour 1 000 chez les garçons. La différence provient essentiellement de la rougeole dont le taux de mortalité féminin dépasse de 20 % le taux masculin, mais aussi du paludisme et de la malnutrition pour lesquels on enregistre une légère surmortalité féminine;

— 15-19 ans, où la fécondité précoce élevée explique à Bamako une mortalité maternelle encore forte, malgré les progrès de l'encadrement médical de la maternité.

Les douze années observées sont une période de déclin exceptionnel de la mortalité. Le gain annuel moyen d'espérance de vie à la naissance est voisin d'un an. Les enfants de moins de cinq ans en ont bénéficié en premier. La chute presque continue de la mortalité néonatale explique à elle seule 17 % des gains d'espérance de vie. Elle revient à la disparition progressive des décès par affection périnatale (prématurité entre autres), qui passent de 31,5 pour 1 000 naissances en 1974 à 7,5 en 1985, grâce à l'extension des services de surveillance prénatale et à la quasi-généralisation de l'accouchement en maternité.

Mais aussi spectaculaire soit-il, le déclin de la mortalité n'est pas un acquis définitif. En 1985, une épidémie de rougeole et une recrudescence des maladies qui lui sont habituellement associées, remettent en cause cinq années de progrès continu. Réagissant peut-être à la sécheresse qui, deux années durant venait d'éprouver le Mali, la mortalité a repris de manière particulièrement vigoureuse entre les âges d'un mois et de deux ans.

Tandis que les campagnes africaines vivent et meurent encore au rythme des saisons, l'activité d'une grande ville tend à se régler sur d'autres cycles, hebdomadaires par exemple, et sur d'autres durées. Affranchis des saisons dans leur vie quotidienne, les citadins n'y échappent pas encore dans leur mort.

Entre la naissance et l'âge d'un mois, on observe seulement de faibles variations saisonnières. La principale cause de décès, la prématurité, n'est pratiquement pas affectée par les saisons. Les anticorps maternels protègent encore bien l'enfant des maladies infectieuses et parasitaires qui sévissent durant les mois chauds. C'est à partir de l'âge d'un mois et jusqu'au cinquième anniversaire, que la mortalité accuse la saisonnalité la plus marquée. Elle suit la courbe de la température de l'air. Les mois les plus chauds, avril et mai, sont les plus mortels. Les enfants de moins de 5 ans encourent alors un risque de décéder trois fois plus élevé que durant un mois « froid » (septembre à janvier). Ce profil saisonnier est celui des trois maladies qui font les plus lourds ravages, rougeole, maladies diarrhéiques et méningite.

La surmortalité d'avril-mai frappe tous les enfants de moins de deux ans, quel que soit alors leur âge précis. Le profil par âge de la mortalité dépend donc du mois de naissance. Rapidement décroissante après la période néonatale précoce, la mortalité reprend à un âge qui varie de 2 mois (enfants nés en mars) à 13 mois (enfants nés en avril). Cette reprise est cependant plus forte lorsqu'elle survient à l'âge de 8 mois, c'est-à-dire chez les enfants nés en septembre. Le mois de naissance se révèle ainsi un facteur d'inégalité devant la mort.

Au-delà de 5 ans, les causes de décès liées à la forte chaleur sont concurrencées par des causes sans saisonnalité prononcée (tuberculose, maladies du foie) ou à saisonnalité inverse (le paludisme qui culmine en fin de saison des pluies).

Grâce à l'effectif élevé des décès par rougeole — près de 6 000 cas concentrés sur cinq années d'âge —, des taux de mortalité par rougeole ont été calculés par année civile et année d'âge, fournissant un ensemble de résultats uniques en Afrique pour étudier la démographie de cette maladie. Quatre traits spécifiques s'en dégagent.

- une nature fortement épidémique mais sans la régularité bisannuelle du passé européen;

- un calendrier transversal constant, la mortalité par rougeole apparaissant vers 5 mois, culminant à 8 mois puis déclinant régulièrement ensuite;

- un calendrier longitudinal par conséquent variable, la mortalité d'une génération culminant à l'âge qu'elle atteint lorsqu'elle rencontre sa première épidémie;

- une intensité régulièrement déclinante dans les générations.

Ces caractéristiques paraissent indiquer qu'une campagne de vaccination, par sa couverture insuffisante, pourrait avoir contribué à la terrible

épidémie de 1985 (1 280 décès par rougeole furent enregistrés) : les enfants non immunisés auraient en effet représenté une masse critique plus importante que s'il n'y avait pas eu de campagne pour empêcher la maladie de se propager librement les années précédentes, et avec elle l'immunité qu'elle confère aux enfants qui n'en décèdent pas.

Les tables de mortalité ainsi dressées par période pour chacune des vingt causes de décès les plus fréquentes permettent de décrire les progrès réalisés, et de repérer les zones d'ombre.

Malgré la sécheresse qui a durement éprouvé le Sahel durant cette période, la mortalité a vigoureusement décliné. Les rechutes de mortalité qui ont rompu, à diverses reprises, cette tendance, furent toutes dues à des épidémies de maladies infectieuses. Celles-ci trouvèrent-elles un terrain favorable dans une population dont l'état nutritionnel se serait détérioré ? Aucune donnée ne le confirme. Au contraire, la régression des décès par états de carence témoignerait plutôt d'une amélioration des conditions alimentaires de la population. Il est probable qu'aujourd'hui, l'économie urbaine assure un approvisionnement vivrier suffisamment régulier pour mettre une grande ville à l'abri des fluctuations de la production alimentaire, et permettre à la médecine préventive de poursuivre son chemin.

Le déclin de la mortalité à Bamako n'a pas été conforme en tous points à l'expérience passée d'autres sociétés. Tandis que les maladies infectieuses et les maladies respiratoires n'y ont apporté qu'une contribution modeste, les affections périnatales et les causes de décès qui découlent directement de la malnutrition ont enregistré un repli spectaculaire. Il faut y avoir l'empreinte d'un contexte particulier. A Bamako, l'extension et l'amélioration des équipements de santé publique, notamment ceux qui sont destinés à la mère et à l'enfant, sont allées de pair avec la saturation d'équipements urbains trop vétustes pour assurer une bonne distribution d'eau potable ou un retrait efficace des ordures ménagères, par exemple. Alors que l'action de l'État en matière de surveillance maternelle, périnatale et infantile était largement récompensée, l'insuffisance des installations d'hygiène publique entravait sans doute ses efforts pour enrayer certaines maladies épidémiques.

C'est à un moment charnière de son histoire que nous avons observé la population bamakoise : lorsqu'elle devient citadine. La baisse de mortalité est en effet concomitante du ralentissement de la croissance démographique de la ville, avec le tassement de l'immigration en provenance des campagnes. Au fur et à mesure qu'augmente la proportion des citadins nés en ville, la pathologie moyenne de la population se transforme. Les causes de décès héritées d'un passé rural où l'état nutritionnel tenait un rôle important, s'effacent peu à peu devant une mortalité plus spécifiquement urbaine, où les cardiopathies occupent une place grandissante.

Philippe FARGUES.